FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 56

DES

TUMEURS LIQUIDES

DE LA GRANDE LÈVRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 FÉVRIER 1895

PAR

Henri SAGE

Né à Lacassagne (Dordogne), le 14 juillet 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	DEMONS,	professeur,	*président.*
	VERGELY,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	RIVIÈRE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 56

DES

TUMEURS LIQUIDES

DE LA GRANDE LÈVRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 FÉVRIER 1895

PAR

Henri SAGE

Né à Lacassagne (Dordogne), le 14 juillet 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	DEMONS,	professeur,	*président.*
	VERGELY,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	RIVIÈRE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON.
	DENUCE.
	VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Chimie	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale, Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Biologie.

A Monsieur le Docteur André BOURSIER

Agrégé libre de la Faculté de Médecine,
Chargé du cours de Clinique gynécologique.

A Monsieur le Docteur Francis VILLAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

DES

TUMEURS LIQUIDES

DE LA GRANDE LÈVRE

INTRODUCTION

En prenant pour texte de notre dissertation inaugurale l'étude des tumeurs liquides de la grande lèvre, nous avons voulu surtout faire une question de mise au point, car, comme nous le dirons plus loin dans notre chapitre d'historique, il y a longtemps que ces tumeurs n'ont fait l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Après avoir retracé d'une façon aussi complète que possible l'historique de la question, nous passerons en revue, dans un deuxième chapitre, les différentes théories qui ont eu cours pour expliquer la formation des tumeurs liquides de la grande lèvre.

Le troisième chapitre sera consacré à l'anatomie pathologique.

Le quatrième et le cinquième à la symptomatologie et au diagnostic.

Quelques mots sur le pronostic de ces affections formeront le sixième chapitre.

Le traitement fera l'objet de notre septième chapitre.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à remercier publiquement M. le professeur Demons du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Pitres et M. le professeur agrégé Boursier reçoivent ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance et pour leur bienveillance et pour leur haut enseignement.

Quant à M. le professeur agrégé Villar, qui nous a donné la première idée de ce travail, nous ne saurions lui dire tout ce que notre cœur garde pour lui de respectueuse gratitude, et, devant ce jeune maître à la fois si bon et si savant, nous nous inclinons avec respect.

HISTORIQUE

Les tumeurs kystiques des grandes lèvres, dont on semble s'être peu occupé pendant ces dernières années, ont fait l'objet d'un grand nombre de travaux déjà anciens, malgré lesquels de nombreux points sont encore à élucider.

Il y aurait certainement de longues et sérieuses études à entreprendre pour étudier les côtés encore controversés et nous essayerons dans notre travail de les faire ressortir et de contribuer, pour notre faible part, à une compréhension plus exacte.

Les tumeurs liquides développées dans le canal de Nück, dans le sac dartoïque, décrit si magistralement par Broca, sont autant de points intéressants que nous passerons en revue en même temps que les kystes muqueux dont la nature est actuellement très connue.

Nous pourrions remonter à la plus haute antiquité pour montrer qu'on avait déjà constaté, chez la femme, des tumeurs liquides des grandes lèvres.

Aétius (*contractæ et veteribus medicinæ tetrabiblos,* sermo IV, ch. C), donne, d'après les récits de la sage-femme Aspasie, la description d'une tumeur liquide des grandes lèvres.

« La hernie aqueuse est une tumeur molle, qui occupe tantôt une des grandes lèvres, tantôt les deux et qui donne au toucher une certaine apparence de fluctuation ».

Ambroise Paré, comme le rapporte Malgaigne (1) dit ceci :

---

(1) Malgaigne, 1840, t. I, p. 345.

« Comme ces jours passés, j'ai expérimenté en l'hydrocèle d'une fille âgée de six à sept ans, pour laquelle résoudre, ayant en vain expérimenté pendant longtemps tous les résolutifs que l'art m'avait enseignés, je fus enfin contraint de venir à l'ouverture pour donner issue à l'eau contenue ».

Cette observation est extrêmement intéressante, mais elle perd de sa valeur, comme beaucoup de celles de cette époque, à cause du diagnostic précis qui fait défaut et qui ne pouvait être porté, en raison même des connaissances anatomiques des savants du moyen-âge.

Ce n'est qu'au commencement de ce siècle qu'ont paru les travaux importants sur les kystes des grandes lèvres. Parmi eux il faut citer tout d'abord les Mémoires de Regnoli (1) (de Pise), de Boys de Loury (2), de Robert, de Vidal de Cassis (3), de Huguier (4), de Velpeau (5), etc.

Avant eux, cependant, Boyer (6) s'était occupé des tumeurs de la grande lèvre.

Après avoir décrit les abcès à répétition il dit :

« Lorsque ces abcès se sont reproduits un certain nombre de fois, qu'ils ont une grande étendue et qu'ils montent entre le vagin et la paroi correspondante du bassin, la guérison complète est quelquefois impossible.

» Une dame fut attaquée d'un phlegmon à la grande lèvre gauche, l'inflammation finit par un abcès qui fut ouvert avec

---

(1) Regnoli, Hydrocèle de la femme, *Archives gén.*, 2e série, 1834.

(2) De Bois de Loury, Observations sur les kystes des grandes lèvres, *Rev. méd.*, 1840.

(3) Vidal de Cassis, Pathologie, t. V.

(4) Huguier, Maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme, Mém. acad. de médecine, 1850, t. XV.

(5) Velpeau, Hydrocèle chez la femme, Dict. en 30 volumes, t. XV.

(6) Boyer, Traité des maladies chirurgicales, 1831.

le bistouri; l'ouverture étant trop petite, le pus ne s'écoula qu'incomplètement, les parois du foyer ne se réunirent pas et la tumeur reparut deux mois après. Dans les deux années suivantes, l'abcès se reproduisait tous les deux ou trois mois, tantôt à l'époque des règles, tantôt quand la malade faisait un voyage, même de courte durée, chaque fois il s'ouvrait de lui-même et quatre ou cinq jours après il n'en restait plus de traces sauf une dureté qu'on sentait dans l'épaisseur de la lèvre en la pinçant entre le pouce et l'indicateur.

» Cette dame m'ayant consulté, je lui dis que pour la guérir radicalement il fallait ouvrir l'abcès dans toute son étendue et je l'engageai à me faire avertir lorsque cet abcès reviendrait; ce qui ne tarda pas à arriver. Dans un voyage qu'elle fit de Rouen à Paris, la grande lèvre se tuméfia considérablement et devint douloureuse; peu de jours après la fluctuation y fut manifeste.

» Je pratiquai sur sa face interne une incision longitudinale. Cette incision, aussi longue que la tumeur, donna issue à une grande quantité d'un liquide visqueux, jaunâtre *qui avait beaucoup plus de ressemblance avec la matière que contiennent certains kystes* qu'avec le pus de phlegmons.

» La cicatrisation ne fut jamais complète et il resta une ouverture dans laquelle on pouvait introduire le bout du petit doigt en *donnant issue à un peu de mucosité glaireuse* ».

Nous avons tenu à rapporter cette observation, car il s'agit évidemment là d'un kyste de la glande de Bartholin accompagné de poussées inflammatoires.

Cruveilhier aussi dit avoir observé de chaque côté de la vulve une poche fibro-séreuse, lisse, contenant un liquide muqueux et transparent. Un canal étroit parti de cette petite tumeur se portait directement à l'entrée du vagin, il n'a pu découvrir l'orifice de ce canal. Il s'agissait là aussi très certainement de kystes de la glande de Bartholin.

Le premier qui ait décrit plusieurs variétés de kystes de la grande lèvre est Regnoli. Il en a distingué cinq espèces :

1° Les épanchements séreux produits dans le détritus péritonéal qui accompagne le ligament rond;

2° Les épanchements produits dans l'intérieur du canal de Nück, ce canal ayant persisté et conservé sa communication avec la cavité péritonéale, variété analogue à l'hydrocèle congénitale de l'homme;

3° Les épanchements dans le canal de Nück dont l'orifice péritonéal est obstrué;

4° Les épanchements séreux dans un kyste développé dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'extrémité terminale du ligament rond;

5° Les épanchements produits dans la cavité d'un ancien sac herniaire dont le col est oblitéré au niveau de l'anneau inguinal.

Comme on le voit, Regnoli n'hésite pas à admettre une grande variété de kystes séreux, nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de sa classification, mais il ne parle pas du tout des kystes muqueux qui actuellement sont les mieux étudiés.

Boys de Loury a été plus loin, il a décrit des kystes sûrement muqueux et il les fait provenir du tissu cellulaire.

« J'ai observé, dit-il, deux kystes accolés de telle façon que, l'extrémité de l'un paraissant à la grande lèvre, on put croire en avoir débarrassé la malade après l'avoir ouvert; ce ne fut que plus tard que j'aperçus que du côté du fond de ce kyste déjà ouvert, il y avait un petit orifice conduisant à une poche plus volumineuse, suivant les parois du vagin et qui laissait couler depuis l'opération une humeur épaisse; alors ayant fendu toute cette poche dans la direction du vagin et ayant écarté les bords de cette plaie de manière que le fond du kyste parût à l'intérieur, la malade obtint guérison complète.

Ce sont ces tumeurs que de Boys de Loury appelait « *kystes en chapelet* ». Il est très probable, comme le dit Huguier, que la tumeur antérieure était formée par le canal excréteur et la seconde par un lobe de la glande.

Dans un autre endroit de son travail il dit encore : « Il arrive communément que ces kystes s'ouvrent seuls par suite d'inflammation, presque toujours l'ouverture, au lieu d'être située à la partie la plus déclive, est à la partie moyenne. Le kyste ne se vide pas en totalité, il se remplit et se vide alternativement et il finit par y avoir un suintement continuel qui devient une incommodité fort désagréable.

Boys de Loury avait méconnu l'origine de ces kystes. Vidal de Cassis reconnaît comme pouvant donner naissance aux kystes de la vulve : 1° les abcès ; 2° les tumeurs sanguines ; 3° le développement exagéré d'une cellule ; 4° la formation d'une bourse séreuse.

Il enrichit aussi l'histoire de ces kystes de deux nouvelles catégories : les tumeurs liquides d'origine sanguine et les tumeurs développées dans une bourse séreuse ou hygromas.

Les épanchements sanguins de la vulve et de la grande lèvre ont été étudiés depuis bien longtemps. Après Bœr et Audibert (1812), Deneux donna une monographie complète dans laquelle il réunit soixante cas environ et Velpeau consacra un long article du Dictionnaire en 30 volumes à ce qu'il appela le thrombus de la vulve. Vidal de Cassis et Nélaton signalèrent aussi la fréquence du thrombus dans la puerpéralité.

C'est à Huguier que revient tout le mérite d'avoir décrit la glande vulvo-vaginale et les kystes qui se développent à ses dépens.

« Les chirurgiens, dit-il, ont méconnu jusqu'à ce jour le mode de développement, la nature intime et le siège précis de la plupart des kystes de la vulve qui *sont muqueux à propre-*

ment parler et résident dans l'une des portions de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal. Ces kystes appartiennent à la classe de ceux dont les parois préexistent normalement à la matière épanchée dans leur cavité.

» C'est pour avoir ignoré ces faits que l'histoire des tumeurs enkystées de cette région est restée incomplète et entachée d'erreurs ».

Pendant plusieurs années, Huguier établit sur les recherches de plus en plus solides la pathogénie des kystes muqueux et depuis ses nombreuses communications à l'Académie de médecine, on peut dire que ses successeurs n'ont fait que confirmer sa découverte sans y ajouter grand chose de remarquable.

Depuis lors les travaux se sont accumulés tant en France qu'à l'étranger.

Nous citerons tout d'abord les thèses de cette époque, celles de Humbert (1), Aubenas (2), de Darvieu (3) qui ont tant emprunté à Huguier.

A l'étranger, les communications de Black (4), Brown (5), Macdonnelle (6); en France les cas signalés par Lebert (7), Artaud (8), viennent ajouter de solides matériaux à l'étude de cette question.

Bourgarel (9) en 1863, signale les *kystes sébacés* de la vulve

---

(1) Humbert, Thèse de Paris, 1851.

(2) Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Th. Strasbourg, 1860.

(3) De Darvieu, Des tumeurs de la grande lèvre. Th. Montpellier, 1867.

(4) Black, Encysted tumour of the labinus exterum. Dublin, 9 *J. M. S.* 1852.

(5) Brown, Encysted tumour of the labinus. *Lancet*, 1862, p. 121.

(6) Macdonnelle, Encysted tumours of the labinus. *Lond. med. gazet.*, 1849.

(7) Lebert, Kyste de la grande lèvre. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1852.

(8) Artaud, *Annales chimiques de Montpellier*, 1857-1858.

(9) Bougarel, *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1883.

et en rapporte une très intéressante observation ; il en est de même de Boucard (1).

En 1876, Chéron (2) recommande, pour l'extirpation des kystes de la vulve, l'emploi de la ligature élastique parallèle et, quelques années après, un de ses élèves, Mourey (3), faisait une thèse sur le même sujet où il rapportait trois nouvelles observations.

Citons aussi les noms de Leroux (4), de Fournaise (5), de Lerat (6). Th. Anger (7) fit en 1878 une communication très intéressante sur « *Une tumeur spongieuse enkystée de l'aine, avec grand kyste de la grande lèvre* ». Elle sera rapportée et étudiée dans le cours de notre thèse.

Après les travaux de Duncan (8), Chunn (9), vint la thèse de Rabère(10) qui ne s'occupe que des hydrocèles de la femme.

En 1888, la communication de Reboul (11), la revue de Bonnet (12) mettent de nouveau à l'ordre du jour, la question des kystes de la glande de Bartholin.

Et la même année, Dubar (13), dans une excellente thèse, rapporte une observation complète d'un kyste analogue.

---

(1) Boucard, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868.

(2) Chéron, *Gazette des hôpitaux*, 1876.

(3) Mourey, Des kystes de la grande lèvre. Thèse de Paris, 1883.

(4) Leroux, thèse de Paris, 1878.

(5) Fournaise, Société anatomique, Paris, 1876.

(6) Lerat, Kyste des lèvres, *Ann. Soc. anat.*, Nantes, 1881.

(7) Anger, Société de chir. de Paris, 1878.

(8) Duncan, Clinical lectures on tumours andcepts of the vagina, *Med. Times*, 1880.

(9) Chunn, A case of traumatic hématocele of the vulva, New-York, 1883.

(10) Rabère, Des kystes séreux dits hydrocèles de la femme, th. Paris, 1883.

(11) Reboul, Tumeur kystique de la grande lèvre, Soc. anat., 1888.

(12) Bonnet, Kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales, *Gaz. Hôp.*, 1888.

(13) Dubar, Des tumeurs liquides des grandes lèvres, thèse de Lille, 1888.

Mais en 1886, Lagrange (1) signale à Bordeaux, à la Société de médecine et de chirurgie, l'observation d'un kyste congénital que nous rapportons ici.

Enfin nous signalerons encore une leçon clinique de Richelot (2) sur un cas très intéressant d'hydrocèle congénitale chez la femme, une revue de Conant (3) et un nouveau cas de kyste du canal de Nück, dû à Fortin (4).

Nous ajouterons à tout cela une observation extrêmement complète que notre excellent maître, M. le professeur agrégé Villar, a bien voulu nous communiquer et qui a été pour nous le début de toutes ces recherches. Il s'agit d'un kyste dermoïde de la grande lèvre ; c'est un fait exceptionnel.

---

(1) Lagrange, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1886.

(2) Richelot, *Union médicale*, 2 oct. 1890.

(3) Conant, Kystes des lèvres, *Boston med. J.*, 4 juin 1891.

(4) Kyste du canal de Nück, *Normandie méd.*, 1er mars 1892.

PATHOGÉNIE

La question de la pathogénie des collections liquides des grandes lèvres a soulevé bien des discussions et suscité bien des travaux.

Une chose évidente et qui n'avait du reste pas échappé aux premiers observateurs, c'est que ces tumeurs liquides ne reconnaissent pas toutes la même origine.

Pour étudier leur pathogénie, nous commencerons par examiner les différentes opinions émises par ceux qui, avant nous, se sont occupés de cette question.

Pour ne pas nous égarer dans cette étude, nous suivrons tout d'abord la classification qui a été adoptée par Dubar, et nous diviserons les tumeurs liquides de la grande lèvre en :

Kystes séreux ;

Kystes muqueux ;

Collections hématiques.

Nous verrons ensuite si, dans l'état actuel de la science, cette division peut être maintenue et si nous ne pouvons pas faire rentrer dans ce cadre les différents types de tumeurs liquides observés dans les grandes lèvres ; nous tenterons alors une nouvelle classification.

1° *Kystes séreux.* — Les anciens auteurs Bonet, Boyer, Boys de Loury, les placent dans le tissu cellulaire vulvaire et péri-vaginal, mais ne donnent sur leur mode de formation aucun renseignement bien net.

Vidal de Cassis attribue leur origine à :

a. Des abcès insuffisamment ouverts ;

b. Des tumeurs sanguines spontanées produites par la congestion menstruelle, par un froissement ou par une contusion;

c. Développement des cellules du tissu cellulaire;

d. Une bourse muqueuse.

Qu'un abcès de la grande lèvre arrive à donner lieu à une fistule, cela se comprend, mais on ne voit pas bien comment un de ces abcès, insuffisamment ouvert, pourra donner lieu à une collection liquide transparente, séreuse et nous croyons que ce mode de formation doit être rejeté.

Par contre la formation d'une collection séreuse par transformation d'une tumeur sanguine cadre parfaitement avec ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution des dépôts sanguins. Tantôt en effet les caillots se déposent sur les parois, le sérum se résorbe, laissant des masses d'abord poisseuses qui se concrètent plus tard en strates dures, tantôt au contraire la portion séreuse se conserve, les hématies se dissolvent et la matière colorante passe au brun puis, en fin de compte, au jaune paille. Quant à la formation même de ces tumeurs sanguines, nous verrons plus loin quelle est leur origine, mais dès à présent il nous est permis de penser que la congestion menstruelle seule est insuffisante pour déterminer leur production.

Les deux groupes *c* et *d* méritent d'être confondus, car le développement des cellules du tissu cellulaire amènera en fin de compte la formation d'une bourse séreuse.

Cette idée de placer dans une bourse séreuse le point de départ des kystes vulvaires n'est pas propre à Vidal de Cassis, elle appartient aussi à Velpeau, et pour l'illustre chirurgien les collections séreuses de la vulve ne sont que des hygromas développés sous l'influence de l'abus des rapports sexuels.

Cette théorie est évidemment par trop exclusive, mais elle ne saurait être niée comme l'ont fait certains auteurs, Huguier entre autres.

Il résulte en effet des travaux de Darvieu que cette bourse séreuse des grandes lèvres est rare, mais qu'elle se rencontre encore assez souvent pour qu'il soit nécessaire de prendre en considération l'idée émise par Velpeau. Cette bourse est tantôt tout à fait rudimentaire, tantôt très développée et elle peut se rencontrer soit d'un seul côté soit sur les deux grandes lèvres. Sarraqui, cité par de Darvieu, a trouvé chez une fille de 14 ans une bourse séreuse très développée à gauche, beaucoup plus petite et moins manifeste à droite. Si l'on ajoute que cette jeune fille était vierge, on voit que le développement de cette bourse séreuse n'est pas toujours, comme le voulait Velpeau, sous la dépendance des frottements exercés pendant le coït.

L'idée de comparer les kystes séreux de la grande lèvre à l'hydrocèle de l'homme nous est venue d'Italie, et pour Regnoli ces kystes séreux reconnaissent pour causes :

1° Un épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire qui environne le ligament rond;

2° Une accumulation de liquide dans le canal de Nück mis en communication avec le péritoine;

3° Une accumulation de liquide dans le canal de Nück dont la communication avec le péritoine s'est oblitérée;

4° Une accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire du ligament rond;

5° Une accumulation de sérosité dans la cavité d'un ancien sac herniaire dont le collet est oblitéré.

Cette classification a soulevé bien des objections.

On ne voit pas trop la différence qui peut exister entre la première et la quatrième variétés ou tout au moins cette différenciation nous semble bien théorique et nous ne croyons pas que, mêmes pièces en mains, on puisse établir un départ entre les kystes séreux nés aux dépens du tissu cellulaire du ligament rond et ceux qui auraient pris naissance dans le tissu cellulaire qui entoure ce ligament rond.

Bien mieux, nous pensons avec Rabère et Duplay que rien n'autorise à admettre une pareille genèse.

Par contre, nous ne sommes pas de l'avis de ces deux derniers auteurs en ce qui concerne la formation d'une collection séreuse de la grande lèvre aux dépens du canal de Nück. Duplay, en effet, n'admet pas qu'on puisse comparer les kystes vulvaires à l'hydrocèle de l'homme, et il met en doute l'existence du canal de Nück.

Or, que doit-on entendre par canal de Nück?

Le canal de Nück est un prolongement du péritoine accompagnant le ligament rond de l'utérus jusque dans le canal inguinal et rappelant complètement, par conséquent, le conduit vagino-péritonéal qui accompagne le testicule chez l'homme,

Sacchi, Paletta, Scarpa, Regnoli admettent l'existence de ce canal; Wusberg dit l'avoir rencontré 19 fois sur 200 autopsies.

Duplay déclare que le ligament rond s'arrête au-dessus de l'anneau inguinal externe et ne sort pas de cet orifice; ce ne sont, d'après lui, que les vaisseaux et nerfs entourés de tissu cellulaire qui sortent par l'anneau et vont s'engager dans le goulot du sac dartoïque de Broca.

Pour lui, l'opinion contraire à la sienne exprimée par la plupart des anatomistes s'expliquerait de la façon suivante :

« Rien n'est plus facile que de créer artificiellement le canal de Nück. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de la fossette inguinale, est très lâche et permet le facile glissement de la séreuse. Lorsqu'on cherche l'existence d'un canal, une pression assez légère avec un stylet mousse suffit souvent pour enfoncer le péritoine dans le canal inguinal. De même lorsqu'on tiraille avec une pince les parties cellulo-vasculaires qui sortent par l'orifice inguinal externe et qui se continuent avec le ligament rond, à mesure que celui-ci s'enfonce dans le

canal inguinal sous l'influence d'une traction légère il entraîne le péritoine et on voit se produire un véritable canal séreux ».

Que ce canal n'existe pas toujours cela est certain, et son importance a été certainement exagérée par les auteurs italiens en ce qui concerne la production des tumeurs dont nous nous occupons ici, mais on ne saurait nier aujourd'hui qu'il existe une hydrocèle congénitale ayant manifestement ce canal pour siège; pour s'en convaincre, il suffira de consulter l'observation publiée par Richelot et que nous rapportons plus loin.

Quant à la cinquième classe établie par Regnoli, elle cadre tout à fait avec les idées émises par Duplay, et on explique facilement ainsi la formation d'un certain nombre de kystes séreux de la grande lèvre. Du reste, hâtons-nous de dire que la formation de ces tumeurs, aux dépens de sacs herniaires déshabités, repose sur un certain nombre d'observations, en particulier sur la première observation de Paletta, où le doigt put être introduit jusque dans la cavité abdominale à travers l'orifice externe du canal inguinal dilaté.

Mais nous n'en avons pas fini encore avec les différentes théories mises en avant pour expliquer la formation des tumeurs séreuses des grandes lèvres.

Pour Morpain et Dieuze, c'est le sac dartoïque de Broca qui seul ici doit être mis en cause. Mais cette opinion est combattue par Richet dans son anatomie topographique. Cet auteur fait remarquer en effet que le dartos du sexe féminin est un sac fibreux, non une séreuse, et qu'il n'est pas susceptible de sécréter un liquide. Cette objection est-elle bien fondée, il est permis d'en douter, car on trouve des kystes en des endroits qui ne sont pas normalement disposés pour sécréter des liquides. Brochon enfin émet une autre théorie et place dans le tissu cellulaire compris entre la peau et le dartos le point de départ de ces mêmes kystes séreux.

C'est revenir ici à l'idée première de Velpeau, à la formation d'une bourse séreuse.

En somme, nous voyons qu'à l'heure actuelle ces collections séreuses des grandes lèvres sont :

1° Des hydrocèles herniaires dans d'anciens sacs déshabités;

2° Des hygromas;

3° Des accumulations de liquide dans le canal de Nück ou dans les débris de ce canal;

4° Des accumulations de liquide dans le sac dartoïque de Broca.

On voit donc qu'il y avait du vrai dans les opinions émises par les divers auteurs que nous avons signalés et que chacun d'eux n'avait eu que le tort d'être trop exclusif.

2° *Kystes muqueux.* — Ces collections liquides ont une origine entièrement différente de celle des collections précédentes; elles sont d'origine glandulaire et elles prennent naissance soit dans les petites glandes à mucus qui peuplent l'orifice du vagin, soit encore, et le plus souvent du reste, dans les glandes de Bartholin ou glandes vulvo-vaginales.

Les kystes muqueux développés aux dépens des petites glandes à mucus rentrent dans la classe des kystes par rétention de Broca. Il en est de même pour ceux qui sont formés par la glande de Bartholin.

Les idées ont varié en ce qui concerne la pathogénie de ces derniers kystes et les auteurs ont voulu distinguer les collections liquides dues à la dilatation du conduit excréteur de la glande de celles produites par la dilatation des culs-de-sac sécréteurs.

Cette distinction, due à Huguier, nous semble un peu arbitraire et il est assez difficile de savoir quelle part revient et à la partie sécrétante et à la partie évacuante dans la formation des kystes muqueux. Si l'on applique à ce cas particulier les

données générales que Broca a fournies sur la formation des kystes par rétention, on voit que les kystes d'origine canaliculaire doivent être les plus rares, si tant est qu'ils existent, puisque les kystes se forment non par oblitération des gros canaux excréteurs, mais par obstruction des dernières ramifications glandulaires.

L'inflammation subaiguë de la glande semble être le point de départ de ces productions kystiques, et les auteurs récents, Saüger entre autres, ont voulu voir dans le gonocoque de Neisser l'agent de la bartholinite.

Que le gonocoque soit en cause dans la plupart des cas, cela est à peu près certain, mais cependant on a trouvé des kystes muqueux chez de toutes petites filles et il nous est permis de croire que les glandes de Bartholin ne sont pas à l'abri de l'infection toujours possible par les nombreux microbes, autres que le gonocoque, qui pullulent dans le vagin.

Ces kystes vulvo-vaginaux siègent beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite et, pour expliquer cette localisation, on a fait intervenir la pression de l'S iliaque sur la veine iliaque gauche, d'où résultent une hyperhémie passive et un engorgement des tissus qui agiraient comme cause prédisposante.

Pour Malgaigne, la raison de cette prédilection pour le côté gauche vient de ce que dans le coït les droitiers appuient plus à droite et par conséquent sur le côté gauche de la vulve.

3° *Collections hématiques.* — La pathogénie de ces collections hématiques est aujourd'hui bien connue. Elles sont causées par un traumatisme, par une chute à califourchon, par des violences exercées sur la vulve, mais il faut que la violence soit forte et appliquée directement sur les organes génitaux externes, du moins si la femme est en parfait état de santé et si toutes ces parties sont saines.

Par contre, ces collections hématiques surviennent avec la

plus grande facilité chez les femmes présentant des varices des grandes lèvres, que ces varices soient dues à la grossesse ou encore à une tumeur du petit bassin.

On conçoit alors facilement que le moindre traumatisme ou un effort prolongé, tel que celui exigé par l'accouchement, arrivent à produire la rupture de ces veines variqueuses, amenant ainsi un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire. Cet épanchement sanguin a ensuite des destinées diverses, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut en parlant des kystes séreux développés aux dépens des collections hématiques.

Mais ces amas sanguins peuvent encore avoir une autre origine. Nous avons vu que certains auteurs avaient voulu rapprocher les kystes séreux de l'hydrocèle de l'homme; de même ici, bien que l'analogie soit moins complète, on peut établir un parallèle entre certaines de ces collections sanguines et l'hématocèle de l'homme. Des bourses séreuses accidentelles peuvent en effet subir un travail lent d'inflammation qui remplace la surface séreuse par une paroi embryonnaire sur laquelle courent des vaisseaux nombreux et à parois peu résistantes. Sous l'influence d'un traumatisme léger, ces vaisseaux se rompront et donneront des épanchements sanguins enkystés.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'on a observé des tumeurs érectiles de la vulve comme Cruveilhier, entre autres, en a rapporté un exemple intéressant. Or, que l'un des vaisseaux arrive à se rompre dans le sein même de la tumeur et on aura encore une autre espèce de tumeur sanguine de la grande lèvre.

Quoi qu'il en soit, nous devons bien faire remarquer que l'hématome vulvaire est une affection qui se rencontre avant tout chez les femmes enceintes ou les nouvelles accouchées.

Après avoir ainsi étudié la pathogénie des kystes séreux, des

kystes muqueux et des collections sanguines, en avons-nous fini avec les tumeurs liquides des grandes lèvres, du moins en ce qui concerne leur genèse?

Il est certain que non.

Et d'abord nous aurions à passer en revue la pathogénie des collections purulentes des grandes lèvres, car ces régions peuvent être atteintes et d'abcès chauds et d'abcès froids. Nous ne ferons que signaler les premiers, qui, le plus souvent, reconnaissent pour point de départ une bartholinite. Quant aux seconds, ils ne diffèrent pas de ceux qu'on rencontre dans les autres régions et on peut dire pratiquement que toujours ils sont d'origine tuberculeuse.

Du reste, d'une façon générale, nous ne nous en occuperons pas dans notre étude.

Mais, à côté de ces collections purulentes, on peut encore trouver des kystes congénitaux, comme nous en rapportons plus loin un très bel exemple publié en 1886 par M. le Dr Lagrange et un autre, celui de M. Villar.

Il s'agit de kystes par inclusion développés aux dépens d'un bourgeon épithélial invaginé dans le feuillet moyen au niveau de l'angle du sinus uro-génital et de la paroi cutanée.

Si l'on songe aux nombreuses glandes sébacées qui existent au niveau des grandes lèvres, on comprendra que l'existence de kystes sébacés ne soit pas exceptionnelle dans cette région. Or, dans les vieux kystes sébacés très distendus et souvent contus, il se fait des exsudations séreuses et sanguines qui délayent les matières grasses et transforment le contenu du kyste en une matière fluide rappelant assez bien l'encre de Chine. Il y a donc là une espèce particulière de collection liquide de la grande lèvre.

Klob a signalé encore des kystes d'origine obscure et mal connue ayant la structure des kystes de l'ovaire. Il a pensé que

ces kystes étaient développés autour de thrombus ou par ectasie des vaisseaux lymphatiques.

Doléris a noté trois fois la coexistence de kystes glandulaires du col et d'un kyste de la glande vulvo-vaginale. Dans l'un de ces cas, il y avait également un kyste de l'ovaire. Pour Doléris ces tumeurs rentreraient dans l'étiologie générale des altérations kystiques qu'on observe dans tout l'appareil génital de la femme et qui se résume dans les trois données suivantes :

Une première variété est constituée par une sorte de catarrhe.

Dans une deuxième, il y a inflammation réelle, secondaire à la vulvite, la blennorrhagie par exemple; alors cette inflammation limitée souvent au conduit excréteur, qu'elle rétrécit ou oblitère, ne fait que gêner mécaniquement l'excrétion et un kyste se développe; ou bien elle pénètre plus profondément et c'est un abcès qui évolue.

Enfin, la troisième variété comprend les dégénérescences à type cancéreux.

Il est également probable que la vulve peut être le siège de kystes hydatiques et de ces kystes congénitaux considérés aujourd'hui comme des malformations lymphatiques. C'est là, de notre part, une simple supposition, car, malgré d'actives recherches, nous n'avons pu trouver dans la science aucun exemple de collections liquides reconnaissant cette origine et s'étant développées dans les grandes lèvres.

En somme, à l'heure actuelle, nous pouvons donner des tumeurs liquides de la grande lèvre une division basée sur leur pathogénie, et nous les diviserons en :

1° *Kystes séreux.*

a. Constitués par un hygroma.

b. Développés aux dépens du canal de Nück.

c. Ayant pris naissance dans un sac herniaire déshabité.

d. Provenant de la transformation d'un hématome.

e. Par accumulation de liquide dans le sac dartoïque.

2° *Kystes par rétention.*

a. Développés aux dépens des glandes à mucus.

b. Développés aux dépens des glandes de Bartholin.

c. Développés aux dépens des glandes sébacées.

3° *Kystes par inclusion.*

4° *Collections hématiques.*

a. Hématomes des femmes enceintes ou nouvellement accouchées et des femmes présentant une tumeur du petit bassin.

b. Hématomes consécutifs à un traumatisme de la région vulvaire.

c. Collections sanguines développées dans une bourse séreuse enflammée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des tumeurs kystiques des grandes lèvres varie avec leur nature. Nous les étudierons les unes après les autres pour ne pas mélanger les différents examens histologiques et en faciliter l'étude.

Kystes séreux. — Tous ces kystes ont pour caractère commun de présenter un contenu séreux, jaune citron.

Vidal de Cassis est le premier auteur qui ait signalé les *hygromas* de la vulve. Nous n'avons pas grand chose à dire à leur sujet. Leur structure ne peut offrir ici rien de spécial. Les parois sont constituées par le tissu cellulaire épaissi et qui, sous l'influence de traumatismes répétés (coït), a déterminé la production d'une bourse séreuse, comme il s'en montre sur d'autres parties du corps.

D'ailleurs, il faut avouer que des documents précis manquent pour établir quelles pourraient être leurs particularités.

Les épanchements séreux qui peuvent se produire dans le sac dartoïque n'offrent plus aucun caractère distinctif.

La paroi de ces kystes est constituée par le sac étudié par Broca. On trouvera qu'elle est formée par le sac membraneux au milieu duquel se trouve le ligament rond, qui le parcourt dans toute son étendue et va se perdre dans la grande lèvre.

Dans les hydrocèles congénitales on rencontre un cordon fibreux qu'on peut suivre en disséquant son bout supérieur jusqu'à l'anneau inguinal.

Quelquefois même, si l'hydrocèle est congénitale, on trou-

vera que ce bout supérieur constitue une sorte de canal qui communique avec le péritoine et, en introduisant dans l'orifice de ce canal un mince stylet, on pénètrera dans la cavité abdominale.

Si on incise ce canal, on trouvera dans son intérieur plusieurs diverticules, des cloisons incomplètes qui rappellent le conduit vagino-péritonéal chez l'homme et ne peuvent laisser de doute sur l'existence du canal de Nück.

Le sac de ces tumeurs est donc constitué par les parois du canal de Nück.

Peut-être devons-nous ranger dans cette catégorie l'observation de Th. Anger.

OBSERVATION

Tumeur spongieuse enkystée de l'aine avec grand kyste de la grande lèvre. Ablation. — Guérison.

Mme P..., âgée de 46 ans, me fut adressée, le 29 novembre 1877, par un de mes amis de province. Depuis 2 ans, elle voyait que la grande lèvre du côté droit grossissait peu à peu et lui faisait éprouver des douleurs de plus en plus vives, au point de troubler son sommeil; à la façon dont elle dépeint ses souffrances, à sa constitution sèche, il est facile de juger tout d'abord que c'est une femme nerveuse, irritable et un peu exagérée.

La grande lèvre du côté droit est distendue par une tumeur piriforme, résistante, transparente et franchement fluctuante. La peau qui la recouvre est saine, mais fortement distendue, au point de laisser voir par transparence la teinte verdâtre du liquide contenu. La tumeur occupe non seulement toute l'étendue de la grande lèvre, mais elle remonte supérieurement jusqu'à l'anneau inguinal externe; elle est divisée en deux parties; l'une inférieure, de la grosseur du poing, plus molle et fluctuante, l'autre supérieure, dure, résistante et manifestement adhérente à l'épine du pubis. Ces deux parties sont séparées

l'une de l'autre par un étranglement bien accusé, et insuffisant pour laisser soupçonner l'indépendance de ces deux parties.

La malade se rappelle parfaitement qu'il y a 15 ans, en 1863, elle heurta violemment le dos d'une chaise, qu'elle ressentit une violente douleur dans l'aine, juste au niveau de l'épine du pubis, et qu'à l'endroit frappé parut peu après une petite dureté du volume d'une noisette qui devint le siège de douleurs assez vives, et resta surtout très sensible à la pression. Le Dr Brière, qui fut consulté à cette époque, constata que cette petite grosseur, quoique implantée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, n'était réductible ni spontanément dans le décubitus dorsal, ni par le taxis; aucun bandage ne fut conseillé ni porté. Pendant de longues années, la tumeur resta stationnaire, mais toujours très douloureuse et excessivement sensible à la pression.

Il y a deux ans et demi elle se mit à grossir rapidement, devint le siège de douleurs vives et vraiment intolérables, au dire de la malade.

La marche de cette tumeur, sa forme, son siège, sa transparence, la fluctuation, etc., tous ces signes semblaient devoir se rapporter à une hydrocèle enkystée dans un ancien sac herniaire, avec une masse épiploïque indurée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Tel fut, en effet, mon diagnostic, et séance tenante je fis une ponction vers la partie inférieure la plus saillante, et évacuai 200 grammes environ d'un liquide clair et séreux comme celui de l'hydrocèle.

Le 6 décembre, la malade revint me voir. La tumeur n'avait pas tardé à se reproduire et la distension de la poche était telle que je crus devoir pratiquer une deuxième ponction, qui donna cette fois issue à un liquide sanguinolent.

Après chacune de ces deux ponctions, il me fut facile de constater qu'il existait au sommet de la grande lèvre, et au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, une tumeur dure et solide, assez peu mobile et adhérente à l'épine du pubis. Cette tumeur marronnée ne paraissait envoyer aucun prolongement dans le canal inguinal, elle était complètement irréductible.

Mon premier diagnostic de vieille hernie épiploïque enkystée avec

hydropisie du sac herniaire me parut dès lors moins assuré, et comme la tumeur était, au dire de la malade, très douloureuse, je crus devoir en proposer l'ablation.

La malade s'y décidait avec peine et le 7 mars elle me pria de tenter une troisième ponction, qui donna issue à 250 grammes d'un liquide légèrement opalescent. Après l'évacuation, je pus constater que la partie dure et solide de la tumeur avait notablement augmenté de volume et j'insistai pour faire une ablation complète. L'opération fut exécutée le 18 mai 1878, avec l'aide de mon confrère, M. Leroy, et de deux de mes élèves.

La malade étant endormie, je fis une incision de la peau allant du canal inguinal à le partie inférieure de la grande lèvre. La peau était tellement amincie au niveau du kyste que je ne pus suffisamment ménager l'enveloppe du kyste pour empêcher l'écoulement du liquide.

Je disséquai la partie supérieure de la tumeur qui avait des adhérences internes avec les piliers de l'anneau inguinal, et la détachai de haut en bas.

La tumeur complètement extirpée, j'examinai attentivement l'orifice et le trajet inguinal, et je m'assurai qu'il n'existait aucun prolongement de la tumeur dans le canal inguinal. Le seul point d'adhérence intime de la tumeur se trouvait au niveau du pilier interne de l'orifice inguinal, juste à son insertion du pubis. Là les fibres tendineuses étaient à nu, disséquées comme pour une préparation anatomique.

Aucun prolongement ne remontait dans le canal. L'énucléation terminée, je réunis les bords de cette longue incision par huit points de suture entortillée; la partie la plus déclive de la grande lèvre fut seule laissée béante pour donner passage à deux drains qui devaient permettre l'écoulement des liquides exhalés et prévenir toute rétention. Les épingles furent toutes enlevées les deuxième et troisième jours.

Aucune complication ne vint entraver la guérison, qui était complète le quinzième jour.

L'examen de la tumeur montre qu'elle est formée de deux parties séparées l'une de l'autre par un léger étranglement : l'inférieure, qui correspondait à la grande lèvre, est constituée par un kyste du volume

d'une poire, contenant un liquide citrin, clair, non filant, tout à fait analogue à celui de l'hydrocèle. La paroi est épaisse, rouge et son aspect la rapproche plus des muqueuses que des séreuses. Une coupe mince de cette paroi montre qu'elle est formée extérieurement d'une couche épaisse de tissu fibreux et intérieurement tapissée d'une couche de cellules pavimenteuses. A son extrémité supérieure, cette poche kystique se termine par une dépression infundibuliforme qui s'enfonce au-dessous de l'autre partie de la tumeur et qui lui est tout à fait contiguë.

Cette seconde tumeur a une texture beaucoup plus compliquée, que pour ma part je n'ai jamais vue et dont j'ai vainement cherché des exemples analogues dans les auteurs. Aussi mérite-t-elle une description minutieuse. Je ne saurais en donner une meilleure idée générale qu'en comparant sa texture à celle d'une petite éponge pédiculée et contenue dans un sac qui l'entourait de tous côtés, excepté au niveau de son pédicule.

Lorsque j'ai ouvert ce sac, il s'est échappé environ deux cuillerées d'un liquide verdâtre, opaque, comme on en trouve dans les anciens épanchements sanguins. Ce liquide se trouvait interposé entre la poche kystique antérieure et le champignon spongieux dont j'ai parlé et qui constitue la partie originale et principale de cette tumeur. Il était trop tard lorsque j'ai voulu recueillir ce liquide; mais la poche kystique a été examinée. Elle se compose de tissu fibreux tapissé intérieurement d'épithélium.

Le champignon spongieux qui s'est développé à l'intérieur de ce sac présente une texture des plus intéressantes. Au niveau de son pédicule, c'est un tissu fibreux, dur, résistant, au milieu duquel on aperçoit çà et là, à l'œil nu, quelques rares lacunes remplies de sérosité citrine et transparente.

A mesure que ce pédicule s'élève, on voit ses faisceaux se dissocier, puis se rejoindre et s'entrecroiser en formant des trabécules de plus en plus fines, dont les mailles sont remplies de sérosité citrine et transparente.

Cette disposition aréolaire et caverneuse est tout à fait comparable à celle d'une éponge.

Aussi à peine avais-je fendu la tumeur par moitié, que tout le liquide contenu dans les aréoles s'est écoulé et la tumeur, qui était dure et résistante jusque-là, s'est affaissée entre les doigts. Ce fait prouve qu'il ne s'agit point d'une tumeur kystique ordinaire, car en supposant que la coupe médiane eût ouvert un certain nombre de kystes, dont le contenu se serait échappé, la plupart des autres seraient restés pleins.

Or, je le répète, à peine la section médiane était-elle commencée, qu'un flot de liquide s'est échappé brusquement, en même temps que la tumeur diminuait des deux tiers, à mon grand étonnement, et de dure et résistante comme un fibrome, devenait instantanément molle et dépressible comme une éponge.

Immédiatement après la section, la disposition aréolaire des trabécules était des plus évidentes; depuis lors, par suite de son séjour prolongé dans l'alcool, les trabécules se sont rétractés; mais analysez ce retrait, vous pourrez constater nettement la disposition aréolaire de cette tumeur, surtout sur les deux coupes que je vais vous présenter.

Si maintenant le microscope à la main, nous pénétrons dans la structure interne de ce tissu caverneux, voici ce que nous constatons :

Le pédicule de la tumeur, qui déjà à l'œil nu présente l'aspect du tissu fibreux, est constitué presque uniquement de faisceaux de fibres parallèles. Çà et là, entre les faisceaux, on observe des amas de cellules polyédriques à gros noyaux.

Quelques grandes lacunes existent déjà dans cette partie de la tumeur, mais les faisceaux de fibres qui limitent ces excavations sont toujours tapissés par une seule couche d'épithélium pavimenteux.

A la périphérie de la tumeur, où la disposition est tout à fait aréolaire, on constate que les trabécules sont encore constituées par des fibres réunies en faisceaux dans les trabécules les plus épaisses, réduites à quelques fibres seulement dans les trabécules les plus minces.

Qu'ils soient minces ou épais, les faisceaux sont toujours et constamment revêtus d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, polyédrique et à gros noyau rond.

Ainsi, en résumé, la tumeur que je vous présente date de 15 ans. Elle aurait pour point de départ, un coup reçu dans la région de l'aine.

Pendant de longues années, son volume est resté stationnaire et réduit à la grosseur de deux pois accolés et très durs. Mais depuis deux ans la tumeur a augmenté constamment de volume et elle est devenue le siège de douleurs vives, presque intolérables au dire de la malade. L'examen de la tumeur montre qu'elle est composée : 1° d'un grand kyste séreux qui a envahi de haut en bas toute la grande lèvre; 2° d'un petit kyste hématique à l'intérieur duquel a poussé, comme un champignon, une tumeur qui, nettement fibreuse au niveau de son pédicule, devient aréolaire et caverneuse à sa périphérie. Les coupes microscopiques démontrent que les aréoles sont formées de vaisseaux de tissus fibreux revêtus d'uu épithélium pavimenteux; les cavités aréolaires étaient remplies d'une sérosité citrine qui s'est brusquement échappée au moment de l'incision de la tumeur.

C'est avec ces données qu'il faut remonter à la pathogénie de cette tumeur; et ici s'ouvre le champ des hypothèses.

La première idée qu'avait éveillée l'examen de la tumeur, était celle de l'hydropisie d'un ancien sac herniaire avec hernie épiploïque indurée et irréductible. La texture de ce produit morbide ne répond pas à ce diagnostic. En effet, dans cette hypothèse, l'épiploon aurait dû se prolonger dans le trajet inguinal, ce qui n'était pas.

En outre, on ne trouve dans la tumeur aucune trace de tissu adipeux, et il faudrait admettre non seulement que la graisse a disparu, mais que l'épiploon hernié a subi une transformation aréolaire et caverneuse. Or, je ne sache pas qu'on ait jamais rien signalé de semblable dans les anciennes hernies.

On trouve dans cette région un autre organe, le ligament rond, et comme dépendance le canal de Nück. Peut-on les considérer comme le point de départ de cette tumeur?

Je ne le pense pas. D'abord le ligament rond se termine dans le trajet inguinal; il n'émerge pas de l'orifice externe. S'il eût donné naissance à ces tumeurs, celles-ci auraient remonté dans le canal, ce qui n'était pas.

Quant au canal de Nück, son existence, comme l'a établi M. Duplay dans sa thèse sur les *collections liquides du pli de l'aine*, est probléma-

tique. Puis, si les vestiges de la séreuse péritonéale ont donné naissance à des kystes, ceux-ci étaient uniloculaires. Le tissu fibro-aréolaire dont je viens de donner la description s'éloigne trop des kystes simples pour autoriser cette interprétation, qui dans tous les cas resterait bien douteuse.

Dans toutes les hypothèses que je viens d'exposer, le principal argument en leur faveur est la présence de l'épithélium pavimenteux à la surface des trabécules. Mais je me hâte d'ajouter que, quoique se rapprochant beaucoup de l'épithélium pavimenteux, les cellules qui recouvrent les faisceaux fibreux n'ont pas la régularité de forme polyédrique des cellules qui revêtent la surface péritonéale.

Il ne faudrait donc pas attacher à cette expression d'épithélium pavimenteux une importance capitale, d'autant plus que l'on voit souvent des cellules petites et arrondies comme celles des ganglions lymphatiques, prendre sous certaines influences pathologiques les formes pavimenteuses que l'on constate dans la tumeur en question. Ce rapprochement me conduit naturellement à examiner l'hypothèse d'une tumeur kystique ganglionnaire.

De nombreux ganglions lymphatiques existent dans la région de l'aine. Il serait possible qu'un de ses ganglions eût été écrasé par le coup violent que s'est donné cette femme et qu'il eût été le point de départ réel de la pièce que nous examinons. Je dois dire de suite que cette opinion est celle de M. Robin, auquel j'ai montré la pièce et ses préparations microscopiques. Ce savant maître pense que sous l'influence d'une contusion, l'un des ganglions inguinaux s'est enkysté, puis que le tissu est devenu fibreux, en même temps que l'épithélium nucléaire s'est peu à peu transformé en épithélium pavimenteux. La transformation fibreuse de la trame du ganglion d'une part, de l'autre la transformation pavimenteuse des éléments nucléaires auraient donné naissance à ce tissu aréolaire dont chaque trabécule est revêtu d'une seule couche d'épithélium. M. Robin, d'ailleurs, aurait déjà observé une tumeur analogue, enlevée par Nélaton, sur un charretier qui aurait longtemps auparavant reçu un violent coup au niveau de la région cervicale.

La tumeur lui avait été apportée par M. Lorain, mais l'observation n'en aurait pas été publiée.

M. Cornil, mon collègue de l'hôpital Lourcine, dont j'ai également pris l'avis, a émis une autre supposition. Quoi qu'il n'ait jamais observé de tumeur semblable, il pense que c'est une tumeur fibreuse, dont les faisceaux écartés et dissociés par l'hypergenèse des cellules plasmatiques, ont formé les aréoles de la tumeur.

Les travées ainsi isolées se seraient recouvertes d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, lequel se serait chargé de sécréter la sérosité citrine répandue dans les interstices des travées. Malgré toute l'estime que j'ai pour la compétence de M. Cornil, en ces matières, j'avoue que sa supposition ne me paraît pas vraisemblable. Mieux vaut s'en tenir aux faits nettement constatés et attendre que de nouvelles observations permettent d'élucider ce point de pathogénie. Or, le fait évident qui se dégage de l'examen de cette tumeur, c'est l'existence, au niveau de l'aine de collections liquides contenant à leur intérieur une sorte de tissu spongieux dont les travées sont formées de faisceaux fibreux couverts d'épithélium pavimenteux; les interstices de ces travées étant remplies d'une sérosité citrine qui les distend au point de faire prendre la tumeur pour une tumeur dure et solide.

Si les tumeurs kystiques séreuses des grandes lèvres se sont développées sans causes connues, leur contenu n'offrira rien de particulier. Mais s'il s'agit de kystes séreux consécutifs à des traumatismes, à des hématomes, l'anatomie pathologique nous permettra facilement d'en concevoir l'origine.

A la suite d'une contusion, un épanchement sanguin se produit dans la grande lèvre, cet épanchement peut se produire, soit dans une cavité préexistante, soit simplement dans le tissu cellulaire.

Au lieu de se résorber ou de se transformer en une tumeur dure et solide, cet hématome peut donner lieu à un kyste séreux par transformation des caillots.

Tout autour du foyer hémorrhagique il se fait une prolifération du tissu conjonctif, qui s'épaissit et ne tarde pas à cons-

tituer la poche de la nouvelle tumeur. Cette poche, parfois épaisse, parsemée de noyaux indurés, peut arriver à faire sentir un bourrelet très net qui circonscrit la tumeur.

Parfois même il se produit une véritable réaction inflammatoire et le sang épanché ne tarde pas à changer de caractères. Il se fait, sur les parois de cette poche, des dépôts fibrineux résistants qui se déposent couche par couche et isolent de plus en plus le liquide intérieur des vaisseaux qui sont dans les parois de la poche.

Tantôt cette membrane interne constituée par les dépôts fibrineux est lisse, régulière, tantôt elle est inégale, tomenteuse, tapissée de débris fibrineux et sillonnée de vaisseaux incomplets.

Ces vaisseaux de nouvelle formation peuvent être le siège de ruptures vasculaires qui perpétuent indéfiniment la tumeur.

Le contenu d'un kyste de pareille origine doit évidemment être de nature variable.

Lorsque la tumeur sanguine date de plusieurs semaines, on en extrait un liquide brun chocolat, café au lait. Si elle date de plus longtemps le liquide sera simplement séreux.

Au microscope on y trouvera des globules sanguins plus ou moins altérés, des grains d'hématoïdine, et des débris de fibrine plus ou moins jaunâtre ou grisâtre.

Si tous les kystes séreux n'offrent rien de bien particulier et de bien intéressant à signaler, il n'en est pas de même des « *kystes par rétention* », qui sont les seuls qui aient été bien étudiés au point de vue chimique et histologique.

De volume et de formes variables, les kystes de la glande de Bartholin peuvent être constitués d'une seule cavité ou de plusieurs cavités reliées les unes aux autres par des ouvertures plus ou moins larges. Ils peuvent affecter la forme des kystes

en chapelet, ou bien constituer une seule tumeur globuleuse arrondie.

Dans tous les cas, ils adhèrent aux parties voisines : au vagin, par le tissu cellulaire dense et serré, à l'ischion, par les vaisseaux qu'ils reçoivent, aux muscles constricteurs du vagin, transverse du périné avec lesquels ils viennent se mettre en contact. La glande peut être hypertrophiée, mais si le kyste est ancien, elle est le plus souvent atrophiée.

L'épaisseur des parois varie de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, quelquefois davantage, lorsque la glande a été le siège de processus inflammatoires.

Cette paroi, plus ou moins dure, de consistance fibreuse, présente une surface externe généralement assez lisse, si la décortication de la tumeur a été bien faite; la face interne, parfois unie et luisante, est plus souvent mamelonnée et présente des brides fibreuses et des cloisons incomplètes, restes de kystes primitifs qui se sont fusionnés pour former un kyste principal (Dubac).

On a décrit (Mourey) à ces parois plusieurs enveloppes, ces divisions sont toujours plus ou moins factices. Il est plus vrai de dire que la partie solide de la paroi, la charpente, est constituée par du tissu fibreux plus ou moins dense, parcouru par un assez grand nombre de vaisseaux.

Appliquée contre cette paroi fibreuse, on rencontre alors une couche d'épithélium cylindrique typique, qui peut aussi faire absolument défaut.

La partie glanduleuse qu'on a à examiner peut être saine en certains points; en d'autres, on trouve des culs-de-sac dilatés.

Cette portion glanduleuse est formée d'une couche fibro-élastique sur laquelle repose l'épithélium cubique.

A côté de ces parties saines, on peut voir toutes les étapes de la transformation kystique. Certains conduits sont simple-

ment amplifiés, d'autres s'ouvrent dans les conduits voisins également dilatés et forment des cavités plus ou moins spacieuses avec des éperons constitués presque uniquement par l'épithélium cylindrique.

Le liquide qui s'écoule de ces kystes est ordinairement clair, transparent, incolore, semblable à du blanc d'œuf. Mais il peut être plus ou moins rouge, suivant qu'il contient une plus ou moins grande quantité de globules sanguins, parfois même brun ou noirâtre; enfin il peut être purulent.

Ce liquide, qui prend quelquefois l'aspect et la consistance de la gelée de fruits, n'est autre chose que du mucus. Inodore, insipide, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, il se dissout dans les solutions de potasse ou de soude, d'où le précipitent les acides et le tanin; il est incoagulable par la chaleur, mais coagulable par l'acide acétique.

Examiné au microscope, on y trouve des débris de cellules épithéliales, des leucocytes, des globules de pus, des globules sanguins plus ou moins altérés.

Dans l'observation que M. le professeur agrégé Villar a bien voulu nous communiquer, on rencontrait, d'après l'examen de M. le professeur agrégé Denigès, des cristaux nombreux de cholestérine et de nombreux corpuscules graisseux.

Nous ne croyons pas qu'on ait jamais publié d'analyse chimique, aussi celle faite par M. le professeur agrégé Denigès dans cette observation offre-t-elle le plus grand intérêt. Voici les résultats qu'il a trouvés :

Cholestérine et graisse. .	9 gr. 60	Matières organiques, 51 gr. 80.
Albuminoïdes	42 gr. 20	
Chlorures	2 gr. 90	Matières minérales, 3 gr. 10.
Carbonates et phosphates	0 gr. 20	

Il nous reste encore à parler de l'anatomie pathologique des

kystes par inclusion. Pour cela les documents ne sont pas nombreux et notre description sera basée sur l'observation si intéressante de M. le Dr Lagrange.

Le contenu était un liquide blanchâtre et laiteux; mais l'analyse chimique n'a pu en être faite à cause de son écoulement pendant l'opération.

La coque fibreuse, épaisse de 2 à 3 millimètres, contenait un grand nombre de vaisseaux dont quelques-uns d'un gros calibre. La face interne de cette enveloppe présente un revêtement épithélial dans lequel on rencontre à la fois de l'épithélium pavimenteux stratifié et de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles. Le râclage de la surface du kyste montre, dans la même préparation, ces deux ordres d'éléments anatomiques.

La paroi conjonctive est à peu près la même sur toutes les coupes, le revêtement épithélial seul est dissemblable.

La tunique conjonctive est formée par les éléments conjonctifs. On retrouve en certains points les culs-de-sac de la glande de Bartholin qui a été coupée.

Les coupes qui contiennent de l'épithélium à cils vibratiles sont celles qui ont été prises à la partie inférieure de la tumeur. Elles portent un revêtement continu, mais inégal. Partout il en existe plusieurs couches et dans beaucoup de points le nombre en est très multiplié. La première rangée, c'est-à-dire celle qui repose directement sur la paroi conjonctive, est régulièrement disposée; les épithéliums ont tous un gros noyau; ils sont pressés les uns contre les autres et forment une ligne continue montrant bien l'indépendance des deux tuniques conjonctive et épithéliale. Sur cette première rangée s'appuient les autres couches formées de cellules imbriquées, plus ou moins développées et de forme irrégulière. Les plus externes possèdent presque toutes un plateau très apparent couvert de cils vibra-

tiles; les cils vibratiles sont aussi nets et aussi faciles à voir que ceux qu'on observe en anatomie normale.

Les autres coupes portent un épithélium pavimenteux. La première couche, reposant sur le premier plan fibreux, n'est autre chose qu'une couche malpighienne reconnaissable à l'abondance de l'éléidine et à la disposition classique des cellules; sur cette couche s'appuient, tassées en couches nombreuses, des cellules imbriquées présentant un noyau d'autant plus pâle qu'elles sont plus rapprochées de la cavité.

Telle est l'anatomie pathologique de cette tumeur si intéressante dont nous n'avons pas ici à étudier la pathogénie.

Il nous resterait encore à parler des *kystes hydatiques*. Nous ne croyons pas qu'on en ait jamais signalé dans cette région. En tout cas leur structure n'offrirait absolument rien de spécial et l'anatomie pathologique de ces kystes est trop connue pour que nous y insistions ici sur elle.

SYMPTOMATOLOGIE

Parmi les tumeurs liquides des grandes lèvres, il en existe un certain nombre qui présentent des caractères à peu près semblables, tels sont les kystes séreux, les kystes par rétention et les kystes par inclusion.

En ce qui concerne leur début, on peut dire que celui-ci est le plus souvent insidieux. Les malades, comme les observations en font foi, ont découvert leur tumeur alors que celle-ci avait déjà atteint un volume assez notable. C'est fortuitement ou par suite de la gêne apportée à la marche ou à l'accomplissement de l'acte sexuel que la malade a son attention attirée sur sa tumeur, car il est rare que les phénomènes douloureux soient bien marqués.

Cependant dans quelques cas ces tumeurs sont douloureuses à la pression et sont le siège de douleurs spontanées durant les époques menstruelles, probablement par suite même de la congestion dont tout l'appareil génital est alors le siège.

A cette période de début rien à l'examen extérieur ne permet de soupçonner la présence de la tumeur, la vulve paraît absolument normale. Les deux grandes lèvres sont accolées l'une à l'autre. Peut être cependant pourrait-on déjà saisir une légère asymétrie qui ne fera que s'accroître et s'accuser plus tard. Mais dès cette époque, on peut par la palpation, en saisissant la grande lèvre entre le pouce et l'index, sentir des différences de résistance indiquant une modification de texture. Les deux doigts promenés d'avant en arrière ont la notion bien

nette d'une tumeur à contours nettement arrondis et sur laquelle glissent d'une part la muqueuse vulvaire et d'autre part la peau de la face externe de la grande lèvre.

A mesure que la tumeur grossit, les symptômes fonctionnels et les symptômes objectifs deviennent plus nets. La tumeur se porte en dehors et la grande lèvre affecte bientôt la forme d'une poire dont la queue viendrait se perdre vers le mont de Vénus, tandis que la grosse extrémité serait tournée du côté de la fourchette vulvaire.

Du reste la tumeur arrive encore à déceler sa présence à la seule inspection par l'éversion qu'elle provoque dans la grande lèvre; celle-ci, pivotant de dedans en dehors sur son axe longitudinal, fait de sa face interne une face inférieure.

Dans certains cas cette éversion est telle que la vulve est en quelque sorte béante et qu'on aperçoit facilement le clitoris et le méat au-dessous duquel la tumeur vient faire saillie.

Enfin lorsque la tumeur a pris un développement considérable, elle arrive à beaucoup gêner par son volume, la marche devient très pénible, très douloureuse même, par suite des frottements exercés sur les parties saillantes, la malade ne peut s'asseoir qu'après avoir pris des précautions particulières pour relever sa tumeur. Quant aux fonctions sexuelles, elles semblent peu troublées, et alors même que la tumeur est volumineuse la malade peut encore se livrer au coït à la condition de rejeter en dehors sa masse qui fait obstacle à l'intromission du membre viril.

Cette tumeur exerce-t-elle une action bien nette sur les sensations éprouvées par la malade durant le coït? Si nous nous en rapportons à l'observation de la malade de M. Villar que nous reproduisons plus loin, nous serons tenté de répondre par l'affirmative. Et en fait chez cette malade la tumeur avait gagné jusqu'au clitoris.

La tumeur est mate à la percussion, d'une consistance élastique ou souple, très nettement fluctuante et, sauf dans les cas où la poche est par trop tendue, en saisissant la grande lèvre entre le pouce et l'index et en exerçant une pression suffisante, on peut amener les deux parois au contact.

La transparence peut souvent être reconnue; elle sera recherchée en faisant saillir la tumeur et en plaçant d'un côté une lumière tandis qu'on applique sur son autre face le pavillon d'un stéthoscope.

En un mot, on agira ici comme il est d'usage de le faire pour rechercher la transparence de l'hydrocèle chez l'homme.

Dans quelques cas la tumeur est dure, résistante et cette différence de consistance sera due soit à la tension de la poche, soit à la nature du liquide, soit surtout à l'épaississement des parois qui limitent la cavité.

La palpation permettra encore parfois de sentir des différences de consistance. C'est ainsi que dans les kystes développés aux dépens de la glande vulvo-vaginale on sentira parfois accolée à la tumeur principale une petite masse solide, dure, représentant ce qui reste des lobules glandulaires.

Enfin les auteurs ont noté parfois l'apparence moniliforme des tumeurs développées dans la glande vulvo-vaginale. Cette disposition est due aux glandules accessoires qui accompagnent, qui flanquent la masse glandulaire principale.

Quant à la réductibilité, elle sera notée souvent dans les cas de kystes séreux développés aux dépens du canal de Nück, la malade étant dans le décubitus dorsal, il suffira d'exercer une pression assez prolongée sur la tumeur pour la voir bientôt disparaître.

Ces tumeurs de la glande vulvo-vaginale se développent au début dans le tiers postérieur de la grande lèvre, à l'encontre des kystes séreux, qui se rapprochent beaucoup de la région inguinale.

Dans tous les autres cas, la pression ne modifiera pas le volume de la tumeur. Cependant, dans les cas de kystes de la glande de Bartholin, elle pourra amener un écoulement de liquide par l'orifice du canal excréteur qui, comme on le sait, est situé au fond du sillon qui sépare les caroncules myrtiformes de la face interne des petites lèvres, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de l'orifice vaginal.

Les collections hématiques ont un début ordinairement plus marqué et cela se conçoit facilement d'après ce que nous avons dit plus haut sur leur pathogénie. La déchirure des vaisseaux sera accompagnée de douleur et c'est là, en effet, le symptôme qui se manifeste d'une façon à peu près constante au moment de leur production.

La tumeur se montre alors sans amener tout d'abord de modification dans la coloration des téguments. Mais bientôt après la peau et la muqueuse vulvaire prennent une coloration noirâtre, violacée.

Cette coloration ne sera, du reste, que passagère; elle disparaîtra au bout de quelques jours, après avoir passé du noir au violet, puis du vert au jaune brun et au jaune paille.

Cet aspect violacé n'est pas constant cependant, il peut manquer parfois, et cela précisément dans les cas où le sang s'épanche non plus dans le tissu cellulaire, mais dans une cavité close, dans une bourse séreuse légèrement enflammée dont les parois le maintiennent loin de la peau et de la muqueuse vulvaire.

En même temps que la tumeur se développe, la malade accuse une sensation de poids, de gêne, au niveau de la vulve et on peut noter les modifications d'aspect extérieur que nous avons déjà signalées pour les kystes de la grande lèvre.

La palpation donnera des résultats différents suivant l'état dans lequel se trouvera le sang. Au début, si l'épanchement

est assez considérable, la tumeur sera nettement fluctuante. Cette fluctuation pourra persister ou disparaître pour faire place à de la crépitation sanguine ou encore à une sensation de dureté particulière et cela suivant que le sang se coagulera en caillots ou se disposera en strates régulières sur les parois de la cavité.

Enfin, quelle que soit la nature de la tumeur liquide des grandes lèvres, celle-ci pourra, par son développement, gêner la miction et la défécation en comprimant la vessie, l'urèthre ou le rectum. Du reste, aucune espèce de phénomènes généraux n'accompagneront le développement de ces tumeurs liquides qui n'auront aucun retentissement sur l'état général de la malade.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs liquides de la grande lèvre pourra parfois être posé d'une façon complète et exacte. Mais il présentera souvent de grandes difficultés. Les tumeurs solides seront en premier lieu éliminées. Parmi celles-ci, les épiplocèles irréductibles méritent une mention spéciale.

Pour les différencier, on recherchera l'impulsion de la toux au niveau de l'anneau et de la tumeur ; la recherche du pédicule ne sera pas négligée ; un pédicule rattachant la tumeur à la cavité abdominale fera songer de préférence à une hernie. Pour mieux rechercher et sentir ce pédicule, on attirera le plus possible la tumeur en bas en faisant porter d'autre part l'un des doigts sur l'anneau. Cependant la constatation d'un pédicule ne sera pas suffisante pour imposer l'idée de hernie, car dans les kystes séreux développés aux dépens du canal de Nück, la pathogénie nous a appris qu'il existait un pédicule. Mais l'épiplocèle aura pour elle les caractères de mollesse pâteuse, de lobulation fournis par le palper. Quant aux entérocèles irréductibles, leur sonorité à la percussion suffira à les différencier.

La difficulté augmentera si l'on se trouve en présence d'un sac herniaire contenant du liquide ou encore si une tumeur liquide de la grande lèvre coïncide avec une hernie. On cherchera, dans ce dernier cas, le lieu de passage, le sillon séparatif entre les deux tumeurs dont l'une sera sonore à la percussion et peut-être réductible tandis que l'autre sera mate et irréductible à la pression.

L'ovaire hernié sera toujours très difficile à différencier mais tout particulièrement lorsqu'au lieu d'être arrêté près de l'orifice du canal inguinal il vient à descendre jusque dans la grande lèvre. La sensibilité spéciale à la pression, l'augmentation de volume au moment des règles, la forme même de la tumeur, enfin les mouvements de retrait communiqués à cette tumeur par une pression exercée d'avant en arrière sur le corps de l'utérus, tous ces signes serviront de bases à un diagnostic toujours très délicat.

Parmi les tumeurs susceptibles d'être confondues avec les collections liquides de la grande lèvre, nous citerons encore les angiomes, les lipomes, les fibromes.

Les angiomes sous-cutanés se reconnaîtront à leur consistance spongieuse, à leur réductibilité plus ou moins marquée, à la sensation caractéristique de paquets de ficelle qu'on perçoit parfois si nettement; par un examen attentif, enfin on pourra trouver un souffle doux, un soulèvement à peine visible, un léger mouvement d'expansion. Enfin ajoutons qu'assez fréquemment la peau est sillonnée à leur surface par quelques arborisations vasculaires.

Les lipomes seront caractérisés par leur surface irrégulière sillonnée de dépressions légères qui séparent les lobes les uns des autres. Enfin nous savons que lorsqu'on soulève la peau qui recouvre un lipome, celle-ci se creuse d'un grand nombre de petites dépressions dues au tiraillement des tractus conjonctifs qui de la tumeur viennent s'insérer à la face profonde du derme.

Les fibromes prêteront beaucoup moins à confusion, car, dans la région qui nous occupe, ils sont le plus souvent pédiculés. Cependant à la période où ils sont encore inclus dans l'épaisseur de la grande lèvre, ils pourront causer beaucoup d'embarras. On pourra, en particulier, les confondre avec un

kyste à parois épaisses et très tendues, ou mieux encore avec un hématome. La recherche des commémoratifs sera ici de la plus haute importance, mais on ne pourra guère éviter l'erreur si l'on se trouve en présence d'un fibrome kystique.

Nous nous sommes occupé plus haut des kystes sébacés de la grande lèvre et nous avons montré que dans certaines circonstances, ces kystes méritent de rentrer dans le cadre des tumeurs liquides. Mais le kyste sébacé à sa période de début doit être différencié de ces collections liquides. On se rappellera que le kyste sébacé ne dépasse pas ordinairement le volume d'une noix, qu'il se développe lentement et que la peau qui le recouvre est en général amincie, adhérente, rouge ou violacée, parcourue par des arborisations veineuses. Enfin on trouvera assez fréquemment un point noir, un orifice oblitéré par où la pression fait sortir le contenu de la poche.

Nous ne citerons que pour mémoire l'enchondrome de la vulve, qui a pourtant été rencontré.

Nous voyons donc que, d'une façon générale, le premier temps du diagnostic consistera à différencier les collections liquides des tumeurs solides qui peuvent les simuler. Nous rappellerons à ce sujet que la fluctuation et la transparence peuvent faire défaut dans les premières, et qu'on devra avoir recours à la ponction avec l'aspirateur, à moins qu'on ne préfère pratiquer une incision exploratrice qui ne sera que le prélude de l'extirpation indiquée dans l'un et l'autre cas.

Il ne faudra pas non plus confondre les tumeurs liquides avec les simples tuméfactions inflammatoires dues à un érysipèle, à un phlegmon, à un abcès chaud ou à un abcès froid.

Seul l'abcès froid pourrait prêter à confusion, mais l'état général du sujet, l'existence de points douloureux à la pression au niveau du pubis permettront d'établir le diagnostic.

Nous ne ferons que signaler encore l'éléphantiasis de la

vulve et le gonflement œdémateux qui accompagne l'évolution du chancre induré de la grande lèvre. Nous rappellerons que ce gonflement peut persister bien longtemps après la guérison du chancre et qu'il a résisté parfois d'une façon désespérante au traitement spécifique. Les anamnestiques, la constatation de symptômes de syphilis confirmée mettront sur la voie du diagnostic. Du reste, la sensation donnée au palper sera ici bien différente de celle qui est perçue dans les cas de tumeur liquide.

Le diagnostie de tumeur liquide une fois posé, pourra-t-on remonter plus haut et spécifier la nature de cette tumeur liquide, la variété à laquelle elle appartient?

Les kystes sacculaires ou sacs herniaires déshabités seront de dimensions restreintes, ne dépassant pas généralement le volume d'une noix ou d'une amande; ils pourront pénétrer dans le trajet inguinal plus ou moins dilaté, ils rentreront facilement dans la cavité abdominale.

Les kystes développés aux dépens du canal de Nück sont plus volumineux, ils sont plus ou moins facilement réductibles dans la cavité abdominale et leur contenu est séreux ou hématique.

On pensera à un kyste séreux développé dans une bourse séreuse si la malade est, de par sa profession, exposée à des frottements répétés dans la région vulvaire.

Si au contraire la tumeur est survenue à la suite d'un accouchement ou d'un traumatisme, on songera de préférence à une collection hématique plus ou moins transformée.

Les kystes de la glande de Bartholin se reconnaîtront à leur situation particulière. On sait, en effet, qu'ils sont situés plus en arrière que la plupart des autres collections liquides de la vulve et qu'à moins d'atteindre des dimensions considérables, ils n'envahissent pas le mont de Vénus.

Quant aux kystes par inclusion ils ne pourront être que soupçonnés dans le cas où l'on ne trouvera aucune raison pour expliquer chez un malade la présence d'une collection liquide de la vulve.

On voit qu'il sera le plus souvent très difficile de préciser et que la ponction exploratrice pourra seule donner des renseignements à peu près complets; car, d'une façon générale, à moins d'hémorrhagie dans une poche déjà formée, le liquide sera citrin dans les kystes séreux, visqueux dans les kystes par rétention, fortement coloré en brun dans les collections sanguines.

PRONOSTIC

Les kystes des grandes lèvres ne présentent pas d'inconvénients au début; mais lorsqu'ils ont atteint un développement plus complet, ils produisent une gêne considérable, surtout dans les fonctions génito-urinaires.

La durée de ces tumeurs est indéfinie, du moins dans la plupart des cas, car rarement on a vu survenir la guérison par rupture sous l'influence d'un traumatisme. Ce même traumatisme, les fatigues excessives, le manque de soins de propreté, peuvent amener l'inflammation de la poche et donnent ainsi lieu, le plus souvent, à la formation d'une fistule.

Les collections hématiques peuvent se résoudre complètement ou laisser après elles une petite tumeur dure constituée surtout par des strates fibrineuses. Mais ces terminaisons sont relativement rares, et ce qu'on observe bien plus souvent, c'est la suppuration de la poche avec vive réaction locale et des phénomènes généraux pouvant revêtir un caractère de gravité qui était surtout très marqué avant la période antiseptique.

Les traumatismes jouent encore ici un rôle important; ils facilitent la suppuration ou peuvent amener la rupture de la poche avec production d'hémorrhagies pouvant compromettre la vie de la malade. Cette même terminaison par rupture peut être observée encore au moment de l'accouchement.

TRAITEMENT

Il n'est pas sans intérêt, avant d'arriver à préconiser le mode de traitement que nous considérons comme le meilleur, le plus rationnel et le plus efficace, de passer en revue les différents autres moyens thérapeutiques auxquels on a eu recours,

Huguier incisait la paroi des kystes vulvo-vaginaux et bourrait la cavité avec de la charpie plus ou moins imprégnée de teinture d'iode ou d'une autre substance chargée de provoquer une inflammation adhésive. Parfois aussi il badigeonnait la cavité avec un caustique tel que le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure.

Avant lui Boys de Loury excisait un lambeau de la paroi kystique.

Ces deux modes de traitement laissent des cavités qui ne demandent qu'à suppurer et le plus souvent, après un traitement douloureux et très prolongé, on arrivait à avoir des fistules intarissables, au lieu de mucus on obtenait un écoulement purulent, le remède était parfois pire que le mal.

Le *cathétérisme simple pour évacuer le contenu kystique* est inutile et dangereux, car il peut donner lieu à un abcès en infectant le contenu du kyste.

La ponction et l'incision simples ne signifient rien, car le kyste ne tarde pas à se reproduire.

Pour combler la cavité kystique sans l'ouvrir, on a eu recours à la ponction suivie d'injection de liquides irritants tels que la teinture d'iode, le chlorure de zinc.

C'est surtout la thérapeutique employée lorsqu'il s'agit d'hydrocèles ou de kystes d'origine hématique. Le professeur Gosselin l'employa dans un cas de kyste sanguin d'origine traumatique. Une fois la ponction faite et le liquide évacué, il fit plusieurs lavages avec de l'eau tiède et finalement il injecta de la teinture d'iode au tiers. On retient pendant 4 minutes la solution iodée dans la cavité kystique après quoi on la retire et on applique un peu de collodion sur la plaie.

Le plus souvent le liquide ne se reproduit pas. Mais chez cette opérée le liquide se reproduisit et la malade ne quitta l'hôpital que trois semaines après.

Ce moyen est donc infidèle ; il l'est surtout pour les kystes glandulaires ainsi que le démontre Leroux, dans sa thèse (1878). Aussi cette méthode doit-elle être reléguée au second plan et essayée seulement chez les malades pusillanimes qui redoutent une intervention radicale.

Les injections d'alcool, préconisées par Monod, dans le traitement des hydrocèles, ont été essayées à Saint-Lazare par le Dr Boureau, chez des femmes atteintes de kystes muqueux de la vulve. Les récidives fréquentes lui ont fait abandonner cette thérapeutique.

Nous en dirons autant des injections au chlorure de zinc, prônées dans la thèse de Leroux qui se base sur les expériences de Th. Anger.

Après avoir ponctionné avec une seringue de Pravaz un peu du liquide kystique, il injecte 4 ou 5 gouttes d'une solution ainsi composée :

Chlorure de zinc . . .	0 gr. 10
Eau distillée.	5 gr.

Dès que l'injection est faite, il aspire un peu de liquide du kyste afin d'éviter qu'il ne s'écoule de la canule quelques

gouttes de caustique qui pourraient enflammer les bords de la petite plaie par la piqûre.

Il se développe, quelques heures après, une inflammation assez vive, le kyste devient tendu, douloureux ; ces phénomènes inflammatoires durent de 14 à 24 heures et finissent par se calmer. Tout rentre dans l'ordre et le kyste finissait par disparaître au bout de 15 jours.

Cette méthode est ingénieuse, car ce n'est pas en somme une opération, et les malades ont tellement peur de se faire opérer ! Mais il en résulte des douleurs intenses et parfois le liquide a déterminé la sphacèle de la paroi. Enfin la méthode est infidèle. Nous en citons deux exemples et celui de Lagrange pour le kyste congénital est des plus frappants. Le kyste peut récidiver, ce n'est donc pas un moyen radical.

D'autres chirurgiens se sont bornés à mettre la cavité kystique en communication large avec l'extérieur et cela par des procédés variables.

Boys de Loury excisait des lambeaux de la paroi du kyste, son exemple a été imité surtout par les auteurs allemands.

Mais là aussi on laisse une cavité kystique, qui peut fort bien ne pas se combler, en contact avec des germes nombreux qui fourmillent dans cette région et il peut en résulter, le cas est fréquent, des abcès et des fistules intarrissables.

Nous ferons la même objection à deux méthodes analogues, le *séton* et la *ligature élastique*.

Le séton a donné quelques résultats, mais c'est une méthode longue, incertaine et qui donne lieu à une inflammation pénible pour la malade et que les chirurgiens contemporains doivent abandonner de parti pris.

La ligature élastique a été recommandée en France par Chéron et son élève Mourey.

Chéron se sert d'un trocart qui n'a que 2 millimètres de diamètre et 15 centimètres de longueur et qui est incurvé.

On le plonge à la partie supérieure de la tumeur pour le faire ressortir à la base. Le kyste étant traversé dans toute son étendue, le trocart retiré, un aide maintient en place la canule dans laquelle le chirurgien introduit de haut en bas le porte-fil. On se sert d'un fil de caoutchouc ayant 1 millimètre carré de section que l'on a retiré auparavant dans le but de s'assurer de son bon état et de sa solidité.

On saisit l'extrémité inférieure de ce fil après son passage à travers la canule que l'on retire; le fil élastique se trouve ainsi avoir pris la place du trocart. Les deux chefs du fil sont ramenés l'un vers l'autre au devant de la tumeur et passés dans l'orifice central que présente un petit bouton de buis; sur les parties latérales de ce bouton, aux deux extrémités d'un même diamètre, ont été pratiquées, à l'aide d'un trait de scie, deux petites encoches dans lesquelles on peut faire pénétrer aisément le fil de caoutchouc étiré et aminci, mais qui l'y retiennent solidement fixé.

Les malades ne sont pas endormies, l'opération n'est pas douloureuse. Au bout de quelques jours, le kyste est complètement vide; à mesure que la section se fait, les bords de la plaie sectionnée contractent des adhérences avec la face profonde du kyste. De la sorte il n'y a plus de poche et on est à l'abri de toute récidive.

Cette méthode a certainement quelques avantages, mais elle peut avoir les mêmes inconvénients que les précédentes si les malades ne sont pas d'une antisepsie absolue, et on sait combien il est difficile de l'obtenir en pareille région.

C'est pourquoi nous ne saurions trop recommander le traitement radical, qui consiste non pas seulement dans l'évacuation du contenu, mais dans l'extirpation totale de la paroi kystique.

Avec l'antisepsie telle qu'on la pratique à l'heure actuelle,

c'est une méthode sûre et qui met pour toujours les malades à l'abri de toute récidive.

En 1852, Chassaignac extirpait un kyste de la glande vulvo-vaginale.

A. Guérin a lui aussi pratiqué l'opération deux fois avec un plein succès. Boureau a énucléé un hématome de la grande lèvre.

Tous ceux, et ils sont nombreux, qui ont eu recours à l'extirpation des poches kystiques s'en sont fort bien trouvés.

Pour extirper ou détruire la poche, on a eu recours à deux moyens.

Hart et Barbour pratiquent la destruction de la glande vulvo-vaginale après évacuation du contenu avec le thermocautère. Alban Doran préfère le galvanocautère. Mais tous ces procédés ont dû céder le pas au bistouri. Le seul inconvénient de la méthode est qu'il faut l'anesthésie; mais aujourd'hui, on peut pratiquer sans danger l'anesthésie, soit avec le chloroforme, soit avec l'éther. L'opération décidée, on incise les téguments, on dissèque la paroi kystique, on l'énuclée, on draine, si c'est nécessaire, et on suture.

La forme de l'incision variera évidemment avec la forme et la situation de la tumeur. Un pansement antiseptique, un tamponnement du vagin complèteront l'opération et la malade, sans avoir souffert et surtout sans souffrir après l'intervention, pourra reprendre au bout d'une huitaine ses occupations.

C'est là le meilleur traitement de toutes les tumeurs kystiques des grandes lèvres, quelle que soit leur origine.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villar).

Kyste dermoïde de la grande lèvre gauche. — Ablation. — Guérison.

Adeline X..., âgée de 26 ans, m'est adressée au mois de novembre 1892, par mon excellent collègue et ami, M. Denucé.

La malade entre à l'hôpital Saint-André dans le service du professeur Demons que j'avais l'honneur de suppléer à cette époque.

Rien de particulier à signaler au point de vue de ses antécédents héréditaires : père et mère bien portants, une sœur également en bonne santé.

Réglée à 13 ans; règles régulières.

La malade a eu trois enfants, l'un à l'âge de 22 ans, l'autre à 24 et l'autre à 26. Le dernier seul est vivant. Le premier, venu à 8 mois, n'a vécu que 17 jours; le deuxième est mort tout de suite après la naissance. Ces enfants étaient tous bien conformés.

La tumeur pour laquelle la malade vient réclamer des soins, est apparue à l'âge de 15 ans et présentait à cette époque le volume d'une cerise. Elle a augmenté insensiblement. Pendant la première grossesse, elle subit une augmentation de volume considérable, à tel point que la malade ne pouvait pas marcher. Diminution de volume après l'accouchement. Nouvelles poussées durant les deux autres grossesses.

A la troisième grossesse, alors que la malade était enceinte de trois mois, le Dr Chavoix pratique une ponction qui donne issue à un liquide graisseux rappelant du bouillon. Cette ponction est suivie de l'injection d'un liquide irritant. Un mois après ces manœuvres, la tumeur a repris son volume.

Si la tumeur était gênante, elle n'a jamais provoqué de phénomènes douloureux. Elle n'a nullement gêné la marche des trois accouchements. Pendant le travail, la sage-femme soulevait simplement la tumeur.

Etat actuel : 1° Malade debout ou couchée, les cuisses rapprochées. Lorsqu'on examine la malade dans cette attitude, on constate dans la

région vulvaire, l'existence d'une tumeur du volume des deux poings, trilobée, présentant l'aspect général d'une brioche à tête renversée.

Cette tumeur, par sa situation, sa configuration, son aspect général, rappelle à s'y méprendre les parties génitales d'un homme atteint de néoplasme testiculaire.

Et de fait, un de nos confrères, arrivé dans l'amphithéâtre au cours de l'opération, m'avait demandé quelle était la nature de cette tumeur du testicule que j'étais en train d'extirper.

2° Malade couchée, cuisses écartées dans la position du spéculum, la tumeur étant soulevée.

On reconnaît alors que la tumeur s'est développée aux dépens de la grande lèvre gauche et qu'elle a envahi le capuchon clitoridien pour aller se perdre du côté opposé. La petite lèvre du côté correspondant (côté gauche) est tendue comme une corde à la partie inférieure du kyste.

A part cela, rien d'anormal du côté de l'orifice vulvaire.

La tumeur est de consistance molle, transparente, non douloureuse à la pression.

Les troubles fonctionnels étaient depuis longtemps assez accentués : la marche était pénible, le soir la malade se sentait fatiguée et éprouvait des pesanteurs, des tiraillements dans la région inguino-vulvaire.

Elle ne pouvait pas frotter le parquet avec les pieds et lorsqu'elle cherchait à le faire avec les mains, elle sentait que sa tumeur se balançait d'un côté à l'autre.

Lorsqu'elle voulait s'asseoir, la malade était obligée de chercher la position dans laquelle la tumeur se trouvait à son aise. Avant de s'endormir, elle devait soulever son fardeau et le faire reposer sur ses cuisses rapprochées.

La malade a eu les premiers rapports sexuels à 18 ans, c'est-à-dire trois ans après le début apparent de sa tumeur ; celle-ci n'a jamais gêné ces rapports, même lorsqu'elle avait déjà acquis un volume considérable. Notons en passant, que le coït n'a jamais produit de sensation agréable chez notre malade. Il faut ajouter enfin que depuis quelque temps la malade avait perdu l'appétit et était devenue hypochondriaque.

Opération. — Le diagnostic de kyste vulvaire étant établi, sans avoir même pratiqué une ponction exploratrice, j'extirpai cette tumeur, le 30 novembre 1892.

Après avoir incisé la peau et la muqueuse sur les parties latérales, je procédai à la dissection de la poche dont le pédicule s'enfonçait assez profondément vers la branche ischio-pubienne. L'adhérence du côté du clitoris était assez intime pour que je fusse obligé de réséquer une petite portion de corps caverneux de cet organe.

La poche extirpée, je régularisai les surfaces de section, de façon à reconstituer une vulve aussi normale que possible.

Hémostase, suture au catgut.

Les suites opératoires furent des plus simples et trois semaines après la malade, complètement guérie, reprenait ses occupations.

Les résultats de l'opération furent très satisfaisants, comme il fallait s'y attendre.

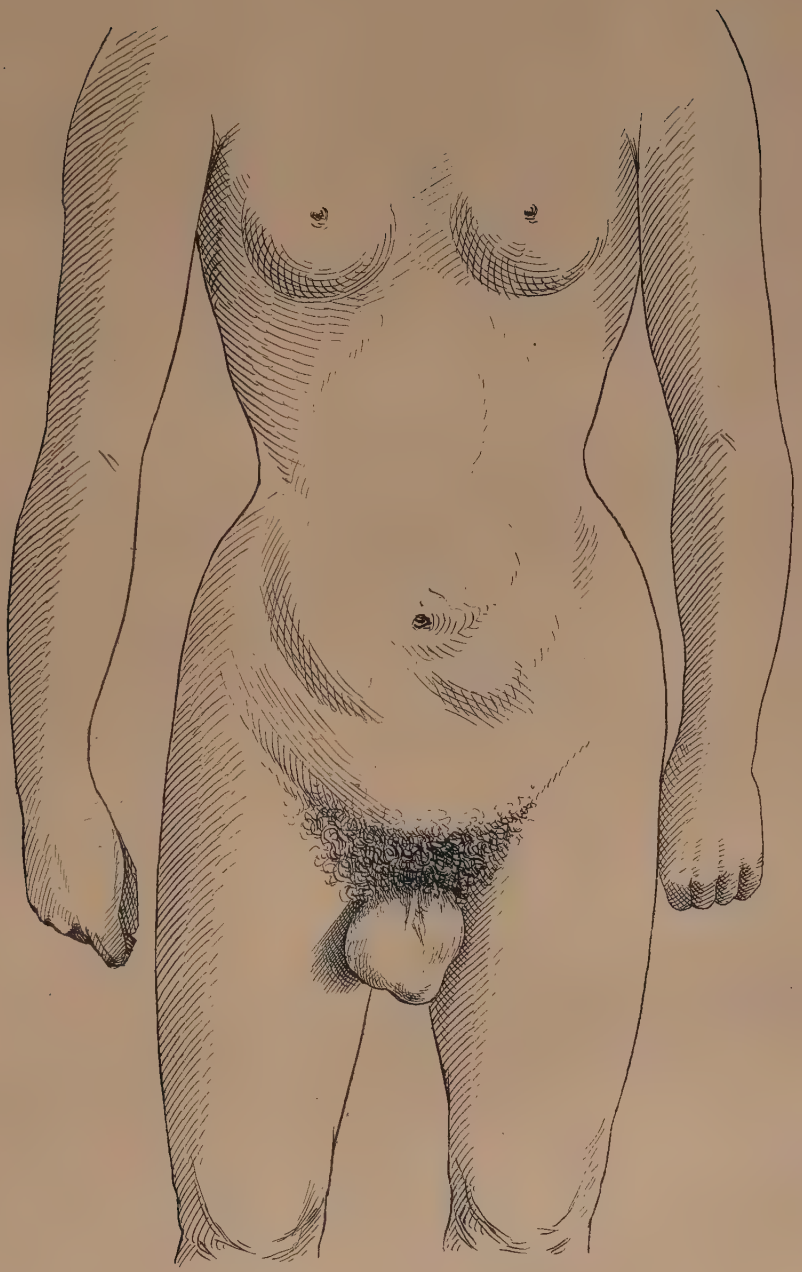
J'ai revu la malade quelque temps après, elle marchait très bien, sans éprouver la moindre gêne, elle était devenue très gaie et les rapports sexuels ne semblaient pas la laisser aussi indifférente qu'autrefois.

Examen histologique (Dû à l'obligeance de M. Rivière, préparateur du laboratoire des cliniques).

Pièce fixée par l'alcool absolu, colorée en masse au picro, incluse dans la paraffine et coupée en série.

A un faible grossissement (obj. 2, oc. 1 de Vérick), la paroi du kyste se montre constituée par une couche de cellules épithéliales stratifiées, formant la face interne de la cavité. Au-dessous de cette zone, se trouve une épaisse couche de tissu fibreux qui se continue avec le tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse de la grande lèvre.

Lorsqu'on examine, à un plus fort grossissement, la couche épithéliale qui revêt la cavité, on voit que sa face profonde, à peine ondulée, est constituée par une rangée extrêmement régulière de cellules cylindriques à gros noyau bien coloré, sans membrane basale bien apparente. Au-dessus, on observe plusieurs couches d'éléments cellulaires successivement ronds et polyédriques et devenant même entièrement losangiques au niveau de la région tournée du côté de la cavité



Pl. I _ Kyste vulvaire (F. Villar)

Pl. II_ Kyste vulvaire, ses rapports. (F. Villar)

kystique. Nulle part ces cellules n'ont subi la dégénérescence cornée. Elles possèdent toutes un noyau bien apparent.

Au-dessous de cette couche, épaisse d'environ 105 μ, on aperçoit une zone fibreuse assez lâche, dont les éléments sont dissociés par d'abondantes cellules rondes à gros noyau. Ce tissu devient de plus en plus dense, et sa région moyenne contient une grande quantité de petits vaisseaux, à endothélium bien conservé, et d'un diamètre moyen de 15 à 20 μ.

En résumé, la structure de la paroi examinée fait rentrer le kyste qu'elle constituait dans la catégorie des kystes dermoïdes.

Analyse du liquide. — Cet examen a été pratiqué par M. le professeur agrégé Denigès, qui a bien voulu me remettre la note suivante :

1° *Examen microscopique :* Nombreux cristaux de cholestérine; cellules endothéliales et corpuscules graisseux en abondance.

2° *Composition chimique :*

Cholestérine et graisse. .	9 gr. 60	Matières organiques	51 gr. 80
Albuminoïdes	42 gr. 20		
Chlorures	2 gr. 90	Matières minérales.	3 gr. 10
Carbonates et phosphates.	0 gr. 20		

OBSERVATION II

Richelot (*Union médicale*, 28 novembre 1890).

Hydrocèle congénitale chez une jeune fille de 19 ans.

Une jeune fille de 19 ans, Sophie V..., se présente le 10 octobre 1887 et me montre une petite tumeur inguinale du côté droit qui dure depuis quatre ans, qui, dans la station verticale, vient faire saillie au sommet de la grande lèvre, se laisse réduire avec les doigts et disparaît quand la jeune fille est couchée. A première vue, j'admets une hernie inguinale et je cède aux prières de Sophie V... qui est venue avec la volonté bien arrêtée de subir une opération.

Elle me raconte, en effet, qu'elle a dû se marier récemment et,

qu'ayant fait à son fiancé l'aveu de cette infirmité légère, le mariage a été rompu. Elle veut être guérie et me prie avec instance d'intervenir.

L'opération est faite le 15 octobre. La malade étant couchée et la tumeur spontanément réduite, j'incise la peau et je mets à nu un cordon fibreux qui ressemble à un sac étroit bien plus qu'au ligament rond et qui va s'insérer vers le sommet de la grande lèvre. Je croyais tomber sur un sac inguinal ordinaire, mais cette prolongation me fait penser au canal de Nück ; il s'agit probablement d'une hernie congénitale.

Je lie le cordon fibreux au-dessus de la grande lèvre, je le coupe au-dessus du fil et je dissèque le bout supérieur sans difficulté jusque dans la profondeur du trajet inguinal. Ce bout supérieur est un canal communiquant avec le péritoine et de singulière conformation ; en y mettant un stylet, je touche d'abord à un cul-de-sac peu éloigné comme si la communication n'existait pas. L'ayant fendu avec des ciseaux, je trouve plusieurs diverticules et des cloisons incomplètes qui me rappellent la description du conduit vagino-péritonéal chez l'homme et ne me laissent aucun doute sur la persistance du canal de Nück. Enfin, le stylet rencontre un fin pertuis et pénètre à toute profondeur ; il est évident qu'un trajet si étroit n'a jamais donné passage à l'intestin ni à l'épiploon et que la tumeur inguinale qui rentrait si promptement et se dérobait à l'examen était une hydrocèle réductible.

L'isolement terminé, je place une ligature le plus haut possible et j'enlève le sac tout entier. Sur la tranche, en arrière, on voit des orifices vasculaires, dans la paroi postérieure du conduit se fondent les éléments du ligament rond. Je rapproche avec un fil de catgut, les parois du trajet inguinal, complément opératoire sans grande importance car ce trajet n'est pas élargi. Suture des téguments au crin de Florence ; drainage par quelques fils de tendon de kanguroo qui doivent se résorber. Le pansement iodoformé reste huit jours en place ; au bout de ce temps, j'enlève les crins de Florence, la réunion est parfaite et les fils de kanguroo ont disparu. Sophie V... se lève le dixième jour.

OBSERVATION III (résumée).

MANOURY (*Journal de chirurgie de Desault*, 1791).

Tumeur ovalaire du volume d'un œuf de poule, développée lentement dans la grande lèvre du côté droit d'une petite fille de 12 ans. Tumeur fluctuante, transparente, n'affectant aucun rapport avec la cavité abdominale. Incision donnant issue à un liquide limpide. Guérison 25 jours après l'opération.

OBSERVATION IV (résumée).

BROCHON (*Essai sur l'hydrocèle du sac dartoïque de la femme*. Paris 1859).

Tumeur de forme ovoïde dépendant de la grande lèvre gauche, descendant entre les cuisses de la malade. Fluctuation manifeste. Transparence impossible à constater. Mate à la percussion, pression à peu près indolore. Ponction donnant un liquide séreux et jaunâtre; 800 grammes de liquide sont retirés, puis une injection iodée est faite et maintenue pendant deux ou trois minutes.

Environ un mois après, incision, puis excision à peu près complète de la poche. Guérison.

OBSERVATION V (résumée).

SEVERI (*Rivista clinica*, 1873).

Idrocele del cordone rotundo dell utero.

Femme de vingt ans ayant vu se développer cinq ans auparavant une tumeur du volume d'un haricot à la partie supérieure de la grande lèvre droite. Au moment de l'examen, tumeur du volume d'un œuf de pigeon se prolongeant par un fin pédicule jusqu'au niveau de l'orifice

externe du canal inguinal, tumeur indolore, à fluctuation incertaine, parfaitement transparente.

Ponction donnant trois cuillerées d'un liquide citrin. Le liquide se reproduit quelques heures après.

Nouvelle ponction suivie d'injection iodée. Guérison.

OBSERVATION VI (résumée).

PALLETA (Sulle idrocele delle donne. Mém. de l'Institut ital., t. II, p. 101).

En 1794, l'auteur constate chez une folle l'existence d'une tumeur de forme ovalaire croisant obliquement l'aine gauche et venant se terminer sur la grande lèvre correspondante. Il incise les téguments, un liquide jaunâtre s'écoule ne laissant autre chose qu'un sac vide, un peu rugueux. Ce sac est garni de charpie. La suppuration s'établit et la guérison survient.

OBSERVATION VII (résumée).

(PALLETA. Sulle idrocele delle donne. Mém. de l'Institut italien, t. II).

Tumeur du volume du poing, développée lentement dans la grande lèvre gauche d'une femme de 45 ans. Incision donnant passage à une grande quantité de liquide séreux. La poche est ensuite enlevée en totalité. Guérison parfaite.

OBSERVATION VIII (résumée).

(SCARPA. Opuscoli di chir., vol. I, p. 152. Pavie, 1825).

Tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, indolente, transparente, pédiculée, implantée à l'extrémité de la grande lèvre gauche. Excision de la poche. Le contenu était séreux.

Guérison.

OBSERVATION IX (résumée).

(Regnoli. *Arch. gén. de méd.*, t. V, p. 128).

Tumeur de forme allongée, molle, transparente, irréductible, développée en vingt jours dans la grande lèvre d'une petite fille de 11 ans.

Incision donnant passage à 3 ou 4 onces d'un liquide incolore, puis excision de la plus grande partie de la poche.

Guérison.

OBSERVATION X (résumée).

(Lallememt. Mémoires de la Société d'émulation de Paris, t. III, p. 321).

Une femme portait depuis quinze ans dans les aines deux tumeurs ovalaires, non transparentes, descendant jusque dans les grandes lèvres et complètement réductibles. Une sorte de fluctuation se remarquait dans la tumeur du côté droit.

La malade étant morte d'une affection scorbutique, on trouva à l'autopsie une tumeur liquide du côté gauche, tumeur se prolongeant jusque dans la cavité abdominale. A droite, on constata l'existence d'une hernie.

OBSERVATION XI (résumée).

(Sacchi. *Annali universali di medicina*, mars 1831).

Tumeur énorme développée dans la partie supérieure de la région inguinale droite, rénitente, descendant dans le tiers supérieur de la grande lèvre droite, douloureuse à la pression. Ls diagnostic de hernie étranglée fut porté.

Incision donnant une grande quantité de sérosité jaunâtre et laissant persister dans la partie inférieure une petite tumeur qui n'était autre qu'une hernie crurale.

La hernie crurale persista. La malade sortit guérie.

OBSERVATION XII (résumée).

(Fleming. *Gaz. des hôpitaux*, 1855).

Femme vigoureuse présentant une tumeur de la région inguinale, tumeur fluctuante à peu près transparente.

Ponction donnant 6 à 8 onces d'un liquide semblable à celui de l'hydrocèle.

Quelques jours après, ponction et injection iodées. Guérison.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Ancelon. *Gaz. des hôpitaux*, 1856).

Gonflement de la grande lèvre survenu après la ménopause. Incision. Quelques mois après, ponction et injection iodée.

Même manœuvre, un mois plus tard, avec légère excision.

Guérison.

OBSERVATION XIV (résumée).

John G. Earnest *(The american journal of obst.* 1882).

Femme de 24 ans, présentant une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et occupant la plus grande étendue de la grande lèvre gauche.

Tumeur en forme de poire, à parois minces, fluctuation manifeste. Ponction donnant un liquide rougeâtre et d'odeur ammoniacale. En quelques semaines, la tumeur reprend son volume primitif. La tumeur est alors vidée à l'aide d'un aspirateur.

Elle se reproduisit encore : ponction et injection iodées.

Trois mois plus tard, la tumeur avait reparu. Elle est largement ouverte au bistouri et on la trouve remplie d'un liquide séro-purulent. Cautérisation de la poche à l'acide nitrique. Guérison complète.

OBSERVATION XV (résumée).

John G. Earnest *(The american journal of obst.*, 1882).

Femme de 34 ans, portant une tumeur fluctuante, occupant la partie supérieure de la grande lèvre gauche. Accroissement rapide dans les derniers jours qui ont précédé l'examen ; à cette époque, la tumeur était douloureuse et avait le volume d'un gros œuf de dinde.

Ponction et injection de teinture d'iode, puis large ouverture de la poche à l'aide de ciseaux. Cette intervention est suivie d'une violente inflammation. Guérison.

OBSERVATION XVI (résumée).

William Wile *(The american journal of obstetric*, t. XIV, 1884).

Femme de 37 ans, ayant eu plusieurs grossesses et présentant dans la grande lèvre gauche une tumeur molle et fluctuante du volume d'un gros œuf de poule.

Ponction donnant une sérosité jaunâtre; injection iodée après la ponction. Guérison complète en deux semaines.

OBSERVATION XVII (résumée).

William Wile *(The american journal of obstetric*, t. XIV, 1882).

Femme de 24 ans, présentant depuis 17 ans une tumeur du volume d'un œuf de poule siégeant dans la grande lèvre du côté droit.

Au moment de l'examen, tumeur du volume d'un œuf de dinde occupant la grande lèvre droite, obstruant complètement le vagin, molle, fluctuante, non réductible, indolore, absolument transparente.

Une ponction pratiquée donne issue à un liquide clair et limpide. Cette ponction est suivie de suppuration et une incision pratiquée

donne issue à une grande quantité de pus. L'ouverture s'étant refermée, la malade est placée sous chloroforme et la poche est disséquée et extirpée dans la plus grande partie de son étendue. Guérison complète.

OBSERVATION XVIII (résumée).

INGERSOLL (*American journal of obstetric*, 1882).

Femme de 22 ans, enceinte de deux mois, portant une tumeur depuis deux ans. Cette tumeur, peu douloureuse, était transparente, fluctuante, irréductible.

Incision de trois centimètres sur la partie déclive de la tumeur amenant l'issue de 75 grammes de sérosité. Après l'incision, injections d'eau phéniquée.

Deux semaines après, la tumeur devenant douloureuse, Ingersoll fait des applications d'une solution résolutive au chlorhydrate d'ammoniaque. La tumeur diminua considérablement et deux mois après la malade ne présentait qu'un peu de gonflement de la grande lèvre droite.

OBSERVATION XIX

DUBAR, 1888.

Tumeur kystique de la grande lèvre gauche.

M^me^ X..., âgée de 21 ans, s'aperçoit, depuis huit mois environ, de la présence d'une grosseur dans la grande lèvre du côté gauche. Cette grosseur s'accroît peu à peu, devient de plus en plus saillante et détermine de la gêne dans la marche; quelquefois, le frottement du pantalon est légèrement douloureux; d'ailleurs pas de douleurs aiguës ni d'élancements à aucune époque depuis son apparition.

La grand lèvre du côté gauche est distendue par une tumeur lobulée. Elle semble en effet présenter, à l'union de ses deux tiers inférieurs avec son tiers supérieur, une sorte de léger étranglement qui la divise en deux parties d'inégale consistance.

La partie inférieure est résistante, le partie supérieure, au contraire, est molasse, dépressible.

L'examen à la lumière dénote une vague transparence à reflet rougeâtre. La palpation révèle de la fluctuation, surtout dans la partie supérieure, à peine appréciable dans la partie inférieure. Cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule, remonte vers la branche ischio-pubienne du côté gauche en s'amincissant en même temps qu'elle augmente de consistance. Profondément, on croit sentir une tuméfaction dure, de la grosseur d'une petite noix.

Dans son ensemble, la tumeur paraît avoir le volume d'un gros œuf de poule. Elle est recouverte par la peau, qui, au niveau de la grande lèvre, paraît saine, par la muqueuse vulvaire et vaginale, très amincie.

Le toucher par le vagin, combiné au palper du côté de la grande lèvre, paraît démontrer que la portion profonde et dure de la tumeur n'adhère pas à la branche du pubis.

Cette tumeur est venue spontanément sans aucune cause accidentelle ; la malade se rappelle n'avoir subi aucun traumatisme capable d'en expliquer la présence.

Les caractères physiques de la tumeur, son siège, sa légère fluctuation obtenue dans la plus grande partie de son étendue, sa demi-transparence, ne peuvent laisser longtemps de doute sur sa nature. Il s'agit d'une tumeur kystique de la grande lèvre gauche. Mais qu'est-ce qui constitue la partie profonde et dure de cette tumeur? Son siège, peu éloigné de la muqueuse vulvo-vaginale, fait immédiatement songer à une hypertrophie de la glande vulvo-vaginale probablement accompagnée de dégénérescece kystique, puisque la tumeur dure est en continuité directe avec la tumeur liquide.

Toutefois, le développement assez rapide de la tuméfaction dans son ensemble, la dureté particulièrement grande de la tumeur, dans la profondeur, doivent faire admettre quelques réserves au point de vue de la possibilité d'un fibrome ou d'un sarcome kystique. L'exploration de la région ne dénote la présence d'aucun ganglion au pli de l'aine, ni dans le canal inguinal, ni dans le petit bassin.

Le diagnostic précédent conduit M. le professeur Dubar à proposer

à la malade, non pas l'incision simple ni la ponction avec injection qui n'auraient pas pu nous éclairer d'une manière suffisante sur la nature du mal et qui auraient exposé à la récidive, mais bien l'extirpation complète de la tumeur.

Cette extirpation est pratiquée le 30 octobre 1887. Une longue incision est faite le long du bord antérieur de la grande lèvre et légèrement repliée en bas pour permettre une dissection complète de la tumeur. Les kystes sont disséqués sans être ouverts, des parties superficielles vers les parties profondes. La peau et surtout la muqueuse vulvaire, très amincie, peuvent être écartées sans rupture. Dans les parties profondes, la tumeur dure est séparée du bulbe du vagin d'une part et d'autre part de la branche ischio-pubienne à laquelle elle adhère d'une manière lâche.

Cette tumeur enlevée est trilobée; elle présente deux lobes superficiels, un troisième profond, tous trois remplis de liquide qui peut être poussé d'une poche dans l'autre par des orifices de communication qui semblent assez larges. La poche profonde est en rapport avec la tumeur. A la lumière, les trois poches kystiques sont transparentes et d'une couleur rouge. La partie profonde, au contraire, est opaque.

Nous incisons largement la poche superficielle et nous recueillons un liquide rougeâtre très filant. La partie dure de la tumeur est d'un gris rougeâtre; elle se continue avec des fibres aponévrotiques qui la rattachent à la branche descendante du pubis.

Les suites de l'opération ont été très simples; la guérison a été obtenue par première intention grâce à un pansement antiseptique rigoureusement fait.

Examen microscopique. — La tumeur trilobée est du volume d'un gros œuf de poule. A sa partie inférieure, elle présente une tumeur dure, du volume d'une petite noix, entourée de fibres musculaires et de tissu conjonctif. Cette tumeur, qui adhère intérieurement à la paroi du kyste, est d'une teinte grisâtre à la coupe et assez résistante. Elle présente à sa partie interne et postérieure une partie rougeâtre paraissant spongieuse, qui lui adhère intérieurement.

Les trois lobes communiquent largement entre eux et contiennent un

liquide brunâtre et visqueux. Les parois sont dures, épaisses, de consistance fibreuse ; leur surface externe est polie, lisse ; leur surface interne est mamelonnée et présente des brides fibreuses et des cloisons incomplètes, restes de kystes primitifs qui se sont fusionnés pour former un kyste principal.

Examen histologique. — La paroi du kyste est constituée par une couche assez épaisse de tissu fibreux, moins dense vers la face externe qui est parcourue par un assez grand nombre de vaisseaux. Dans la plus grande partie de son étendue, il n'existe pas d'épithélium ; on trouve cependant de l'épithélium cylindrique dans la partie de la troisième poche attenante à la tumeur dure.

Sur des coupes comprenant la paroi de la troisième poche et la tumeur dure à un grossissement de 250 diamètres, on observe en dehors de la paroi du kyste, dans le tissu cellulaire parsemé de nombreux noyaux que forme la couche externe de cette paroi, des vestiges de culs-de-sac glandulaires qui ont été comprimés par le développement des kystes du voisinage et entourés de tissu conjonctif hypertrophié.

La partie dure de la tumeur est formée dans la plus grande partie de son étendue par la glande vulvo-vaginale profondément modifiée et dans une petite partie par du tissu érectile appartenant au bulbe du vagin épaissi et induré.

Sur des coupes intéressant toutes les parties de la tumeur, on aperçoit, à un grossissement de 60 D., trois parties :

1° une partie glanduleuse,

2° une partie caverneuse,

3° une partie musculeuse.

La partie glanduleuse paraît saine en certains points ; en d'autres, on trouve des culs-de-sac dilatés et où le tissu cellulaire périglandulaire est plus développé qu'à l'état normal, il s'est produit une légère inflammation.

La partie caverneuse est assez développée. Elle est constituée par des travées épaisses, limitant des espaces différents de volume et de forme.

Ces travées contiennent des vaisseaux nombreux et assez volumineux.

Cette partie provient du bulbe du vagin qui était intimement uni à la tumeur.

A un grossissement de 250 D. :

1° La partie glandulaire se montre formée de culs-de-sac et de canaux excréteurs dilatés. Les culs-de-sac sont formés d'une couche fibro-élastique sur laquelle repose l'épithélium cubique.

Les canaux excréteurs ont un épithélium cylindrique. Le tissu fibreux est très abondant en certains points.

2° Les travées de la portion caverneuse sont formées d'un tissu fibro-élastique abondant dans l'intérieur duquel on observe de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses. Ces faisceaux sont très épais sur les bords des travées. On rencontre un grand nombre de vaisseaux, artères et veines. A la surface des travées, on trouve des noyaux allongés faisant saillie dans la lumière du conduit et qui représentent les noyaux des cellules endothéliales vasculaires.

3° La partie musculeuse est formée de fibres musculaires striées, placées au milieu d'un tissu conjonctif où prédomine l'élément élastique.

A un grossissement de 170 D., on voit sur des coupes, des culs-de-sac plus grands, dilatés, commençant à subir la dégénérescence kystique.

Mais cette dégénérescence est surtout accusée dans les petits canaux excréteurs de la glande, qui se reconnaissent à leur épithélium cylindrique. On voit, sur ces préparations, les différentes étapes que parcourent ces conduits pour devenir des kystes de plus en plus volumineux. Certains conduits sont simplement amplifiés, d'autres s'ouvrent dans les conduits voisins également dilatés et forment alors des cavités plus ou moins spacieuses avec des éperons constitués presque uniquement par l'épithélium dans leur intérieur. Leurs parois sont couvertes d'épithélium cylindrique, leur cavité contient une substance grenue colorée en rose par le picro-carmin, avec quelques cellules rondes, granuleuses, quelquefois très volumineuses.

Les grandes cavités se rencontrent dans la partie de la tumeur dure qui répond à la grande tumeur kystique. Le liquide est visqueux, ressemblant à une solution de gomme. Sa réaction est alcaline; il ne se coagule pas par la chaleur, il se précipite par l'acide acétique et ne se

redissout pas dans un excès de cet acide, insoluble dans l'alcool, miscible à l'eau, soluble dans l'ammoniaque et les acides minéraux. A l'examen microscopique, on trouve des stries qui s'exagèrent par l'acide acétique et quelques cellules cylindriques.

Cet examen ne laisse aucun doute sur la pathogénie de la tumeur enlevée. Les grandes poches kystiques ne sont que des kystes glandulaires formés aux dépens des canaux excréteurs de la glande vulvo-vaginale gauche. Il démontre que, dans ces cas, l'extirpation seule peut amener une guérison durable. L'incision ou l'évacuation avec injection auraient diminué momentanément la tumeur, mais bientôt d'autres kystes se seraient développés dans la partie profonde et dure, auraient grandi et auraient reformé la tumeur primitive.

OBSERVATION XX

LAGRANGE (*Journal de médecine de Bordeaux,* 29 août 1886).

Kyste congénital de la grande lèvre développé aux dépens du feuillet externe et de l'origine du canal de Müller.

Mlle X..., vingt-sept ans, d'une bonne constitution, porte depuis sept ans environ une tumeur de la vulve. En 1878, elle s'aperçut, par hasard, que la grande lèvre droite présentait un volume exagéré. Ce volume s'accrut jusqu'en 1881, époque où la malade put constater facilement l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolore et ne gênant en rien la marche ni les fonctions génitales. Un médecin consulté crut reconnaître une affection kystique de la glande vulvo-vaginale.

En 1883, Mlle X..., hémoroïdaire et constipée, vit, sous l'influence de quelques efforts de défécation, se produire un léger écoulement ressemblant à des pertes leucorrhéiques et provenant (?) du kyste qui conserva néanmoins toutes ses dimensions et sembla rester stationnaire jusqu'au mois de mars 1885. A cette époque, la malade consulta, pour une métrite chronique, l'un de nos excellents collègues de la Faculté qui, frappé par le volume considérable de la grande lèvre, lui proposa de la débarrasser de son kyste et, dans ce but, pratiqua, le 7 mai 1885,

une ponction évacuatrice suivie d'une injection au chlorure de zinc. Le lendemain et le surlendemain, la réaction était assez modérée pour que la malade ne craignît pas de se livrer au coït; immédiatement après, gonflement et rougeur de la grande lèvre, et Mlle X... dut garder le lit trois semaines. Huit jours plus tard, nouvelle injection au chlorure de zinc. A partir de ce moment, il se forme successivement dans la grande lèvre correspondante trois abcès; le premier fut ouvert au bistouri et les autres vidés avec l'aspirateur Dieulafoy. Après quelques accidents locaux et même généraux (fièvre, crises nerveuses), tout rentre dans l'ordre, sauf la tumeur dont l'accroissement continue. Au mois d'octobre 1885, elle atteint le volume d'un œuf de poule et occupe presque toute la hauteur de la grande lèvre. Elle est allongée, régulièrement ovoïde et glisse avec facilité dans le tissu cellulaire de la région; ni la peau ni la muqueuse du vagin n'adhèrent à sa surface; elle s'enfonce assez profondément du côté de l'ischion et présente à ce niveau sa plus grande épaisseur et son volume maximum. Il est impossible de trouver l'orifice par lequel, autrefois, se serait produit l'écoulement leucorrhéique.

Le 20 octobre 1885, je pratique l'extirpation de cette poche kystique que je croyais formée aux dépens de la glande vulvo-vaginale ; pendant la dissection de la poche, celle-ci se rompt et il s'en écoule un liquide blanchâtre, sans odeur spéciale. La plaie, suturée, drainée et pansée selon les règles listériennes, guérit très rapidement. La guérison s'est depuis maintenue.

Examen anatomique. — Le contenu liquide, blanchâtre et laiteux de ce kyste n'a pu être examiné chimiquement, mais cette lacune est dans l'espèce peu regrettable, parce que l'analyse n'aurait pu fournir que des renseignements incertains, à cause des inflammations suppurées dont la poche avait été le théâtre et des injections caustiques faites dans le but de l'oblitérer.

L'examen de la paroi présente, au contraire, un intérêt et une utilité de premier ordre.

Cet examen révèle la présence d'une coque fibreuse, épaisse de deux à trois millimètres, contenant un très grand nombre de vaisseaux

dont quelques-uns d'un gros calibre. Cette enveloppe se continue insensiblement avec l'atmosphère celluleuse lâche qui l'environne de toute part.

La face interne de cette enveloppe présente un revêtement épithélial dans lequel on rencontre à la fois, fait extrêmement curieux :

1° De l'épithélium pavimenteux stratifié; 2° de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Le râclage de la surface du kyste montre dans la même préparation ces deux ordres d'éléments anatomiques; mais c'est surtout sur les coupes perpendiculaires à la paroi et comprenant toute son épaisseur, que nous avons pu faire une étude attentive de la structure de cette poche kystique. Les coupes ont été colorées au carmin boraté et au picrocarmin et montées dans le baume ou dans la glycérine ordinaire. Elles ont porté sur divers endroits et présentent entre elles, avec des points communs, des différences essentielles.

La paroi conjonctive est à peu près la même sur toutes les coupes; le revêtement épithélial seul est très dissemblable.

La tunique conjonctive est formée par des éléments fasciculés, adultes pour la plupart. On y reconnaît quelques rares fibres musculaires lisses. Les vaisseaux y sont extrêmement nombreux et, de plus, particularité importante, on retrouve sur beaucoup de points les culs-de-sac de la glande vulvo-vaginale; les cavités glandulaires, coupées à des niveaux variables, donnent les figures classiques des glandes en grappe sectionnées dans le sens transversal.

On n'y remarque d'ailleurs aucune altération pathologique.

Les parties les plus internes de la paroi sont infiltrées de cellules embryonnaires jeunes, démontrant une inflammation relativement récente. On peut admettre qu'elles résultent des injections caustiques et de la suppuration intra et péri-kystique qui en fut la conséquence.

Le revêtement épithélial, qui donne à cette observation son grand intérêt, présente deux variétés.

a. Epithélium cylindrique à cils vibratiles.

b. Epithélium pavimenteux stratifié.

a. Les coupes qui contiennent de l'épithélium à cils vibratiles sont

celles qui ont été prises à la partie inférieure de la tumeur, c'est-à-dire du côté de l'ischion. Elles portent un revêtement continu, mais d'une épaisseur inégale, selon les endroits où on l'examine. Partout il en existe plusieurs couches et, dans beaucoup de points, le nombre en est très multiplié; on peut en compter jusqu'à dix et douze. La première rangée de cellules, c'est-à-dire celle qui repose directement sur la paroi conjonctive, est régulièrement disposée; les épithéliums ont tous un gros noyau, fortement coloré par le carmin; ils sont pressés les uns contre les autres et forment une ligne continue, montrant bien l'indépendance des deux tuniques conjonctive et épithéliale qui constituent le kyste. Sur cette première rangée s'appuient les autres couches formées de cellules imbriquées, plus ou moins développées et de forme irrégulière. Les plus externes possèdent presque toutes un plateau très apparent couvert de cils vibratiles.

Ces cils vibratiles sont aussi nets et aussi faciles à voir que ceux qu'on obtient en anatomie normale; sans doute, on ne les trouve pas sur tous les épithéliums à plateau, mais cela s'explique aisément par l'histoire chirurgicale de cette tumeur. Il suffit d'ailleurs qu'on les voie nettement sur quelques points pour que l'intérêt de cette observation atteigne immédiatement de grandes proportions et sur leur existence aucun doute n'est possible, puisqu'elle a été constatée par MM. Arnozan, Planteau, Bouchard et Coyne, dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Les autres coupes portent un épithélium pavimenteux stratifié. La première couche, reposant sur le premier plan fibreux, n'est autre qu'une couche malpighienne reconnaissable à l'abondance de l'éleïdine et à la disposition classique des cellules; sur cette couche malpighienne s'appuient, tassées en couches nombreuses, des cellules imbriquées présentant un noyau d'autant plus pâle qu'elles sont plus rapprochées de la cavité kystique. Bref, il s'agit évidemment d'un revêtement développé aux dépens du feuillet externe.

Il y a donc dans ce kyste deux sortes d'épithélium indiquant pour lui une double origine. L'épithélium stratifié vient évidemment du feuillet externe, et la pathogénie des kystes dermoïdes par invagination

de la peau prouve également ici sa facile application ; mais d'où vient l'épithélium à cils vibratiles ?

Deux canaux, celui de Wolf et celui de Müller, se développent dans cette région ; le canal de Müller forme le vagin depuis la vulve et l'utérus avec les trompes utérines ; celui de Wolf s'atrophie et constitue chez un certain nombre d'animaux, notamment chez la vache et la truie, le canal de Gartner. Chez la femme, le canal de Gartner n'a pas été explicitement décrit, on sait très bien cependant que le canal de Wolf ne disparaît pas complètement, et Kölliker a trouvé des restes distincts de ces canaux dans les ligaments larges de quelques fœtus ; Beigel les a montrés dans un embryon de sept mois, formant de petits tubes épithéliaux situés sur les côtés de la paroi utérine.

On pourrait donc admettre qu'exceptionnellement les canaux de Wolf descendent jusque sur la paroi du vestibule du vagin, et, par suite, que le kyste qui nous occupe tient à la présence d'un débri de ce canal.

Je ne vois pas cependant que le canal de Wolf joue un rôle quelconque dans ce cas particulier, pour cette raison suffisante que, dans le canal de Wolf et dans les organes qui en dépendent, il n'y a point d'épithélium à cils vibratiles.

C'est à l'aide du canal de Müller qu'il est surtout possible de comprendre la présence de cette variété d'épithélium. On sait, en effet, que les trompes, le corps de l'utérus portent des épithéliums à cils vibratiles existant évidemment en puissance dès le début de la vie intra-utérine dans les canaux aux dépens desquels se développe le conduit utéro-vaginal. Sans doute, Kolliker ni aucun embryologiste n'ont signalé la présence de cils vibratiles au voisinage de la vulve, mais pour quel motif n'existeraient-ils pas à l'orifice inférieur du canal génital ?

Ainsi, nous concluons que ce kyste s'est développé à l'angle du sinus uro-génital et de la paroi cutanée, qui a été formée aux dépens d'un bourgeon épithélial invaginé dans le feuillet moyen, et a entraîné avec lui des épithéliums à cils vibratiles appartenant au canal de Müller.

OBSERVATION XXI

FOURNAISE (Soc. anat. de Paris, 1876, p, 427).

Kyste du vestibule de la vulve.

B..., âgée de 40 ans, multipare, bien constituée, a eu son dernier enfant, il y a 8 ans. Ses accouchements, bien que laborieux, n'ont pas nécessité l'emploi de la force. Pas de maladies antérieures, hémorrhoïdes moyennement développées. Peu après son dernier accouchement, cette dame s'aperçut de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une lentille, située un peu à gauche et au dessous du point où les petites lèvres se réunissent pour former une sorte de capuchon au clitoris.

Pensant que cette tumeur pouvait disparaître d'elle-même, la dame B... résista toujours à s'en faire délivrer. Comme la tumeur augmentait de volume d'une manière croissante et apportait par son poids et les douleurs dont elle était le siège, une gêne manifeste à l'accomplissement des rapports sexuels, la malade consulta son médecin, qui se borna à faire une ponction exploratrice et remit l'opération à une époque ultérieure.

Le 27 janvier, la dame B... se présenta à notre consultation. La simple inspection de la région nous fit reconnaître un kyste de la grosseur d'un œuf de dindon pendant au devant de la vulve. La forme était parfaitement ovoïde; la grande circonférence avait 0^m155, la petite un peu moins de 0^m13.

Le pédicule, d'une longueur moyenne de 6 centimètres, avait un diamètre de 1 centimètre au niveau de la racine ; il atteignait environ 0^m025 à son insertion sur la poche kystique. La petite lèvre gauche, doublée de volume et adhérente au pédicule dans la presque totalité de sa face interne, ne présentait, dans toute sa longueur, qu'une crête libre de 0^m003 à 0^m004 de largeur. La paroi du kyste était manifestement enflammée, surtout au niveau de sa grande courbure, comme l'indiquaient d'ailleurs une rougeur vive et une hyperesthésie des plus marquées. Le simple toucher arrachait des cris à la malade.

Nous priâmes notre confrère, le Dr Troisier, de visiter cette dame et de nous assister dans l'opération. La malade fut chloroformée. Nous fîmes alors sur le kyste, immédiatement au-dessous du bord libre de la petite lèvre, deux incisions ovalaires, circonscrivant une calotte sphérique, puis, après avoir à l'aide des doigts et d'une sonde cannelée énucléé le pédicule, nous appliquâmes, sur un point très rapproché de son insertion, une ligature avec un gros fil ciré. La section fut faite avec des ciseaux. Il ne s'écoula, pendant l'opération, qu'une faible quantité de sang. On bourra la plaie avec des fragments d'amadou et des bourdonnets de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Le cinquième jour eut lieu la chute de la ligature. La suppuration était peu abondante, quelques bourgeons charnus, un peu trop exubérants, sont réprimés avec le nitrate d'argent. Le troisième jour, la malade se lève pendant une heure et prend un bain de siège. Vers le quinzième jour, la guérison était définitive et la dame B... reprenait ses occupations habituelles.

Examen histologique. — Le kyste, immédiatement ouvert, laisse échapper une certaine quantité de matière filante, albuminoïde, mélangée à du pus verdâtre, bien lié et d'une odeur fétide. Les enveloppes furent conservées dans l'alcool; nous avons fait, avec le concours de M. Troisier, l'examen microscopique de cette paroi du kyste. La partie étudiée a été prise au niveau de la région cutanée ou externe de la tumeur. Elle est recouverte par l'épiderme, dont la couche cornée ne présente rien à noter. La couche de Malpighi a près d'un millimètre d'épaisseur; les cellules épithéliales qui la constituent sont granuleuse; quelques-unes de celles qui avoisinent la couche cornée ont leurs noyaux vésiculeux. Au-dessous de l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire et la paroi kystique, d'une épaisseur de 5 à 6 millimètres, se confondent en un seul tissu dont la structure est celle d'un tissu conjonctif jeune, dans lequel on trouve une certaine quantité de fibres élastiques et un grand nombre de vaisseaux sanguins, surtout au voisinage de la face interne du kyste.

Celle-ci est tapissée par une couche unique de cellules cylindro-coniques, à laquelle adhèrent çà et là des amas de globules de pus. On

trouve aussi une assez grande quantité de ces éléments infiltrés dans la paroi du kyste.

D'après la structure et le contenu du kyste, nous avons lieu de penser qu'une des glandes du vestibule en a été le point de départ.

Divers procédés opératoires peuvent être mis en usage pour des cas de cette nature. On a proposé : 1° l'incision simple de la poche kystique avec suppuration obtenue à l'aide de charpie introduite dans la peau. Ce procédé a l'inconvénient de nécessiter un long repos et d'amener parfois des phlegmons de la vulve.

2° La simple ponction avec un trocart suivie d'injection irritante de vin ou de teinture d'iode, mais ce traitement ne peut être suivi de résultat que dans le cas de kyste à contenu séreux.

3° La section du pédicule à l'aide de l'écraseur. Nous avions songé à utiliser ce procédé, mais désireux de conserver intacte la petite lèvre et d'enlever la plus grande partie du pédicule, nous avons dû choisir le procédé combiné de l'incision bilatérale et de l'excision, qui nous a donné un bon résultat.

OBSERVATION XXII

LEBERT (*Bull. Soc. anatom. de Paris*, 1852, p. 471).

Lebert montre un kyste extirpé dans la grande lèvre par M. Chassaignac. Ce kyste offre le volume d'une grosse noix.

Il contenait un liquide puriforme ; la surface interne était vasculaire, couverte de pus ; l'externe, lisse, homogène. J'avais pensé d'abord que ce kyste était placé dans la poche dartoïque décrite chez la femme par M. Broca ; mais une étude plus attentive m'a permis de le rapporter à la glande de Bartholin.

En effet, en fendant le sac, j'ai trouvé dans son intérieur de l'épithélium cylindrique et l'on sait que cet épithélium tapisse les conduits et les culs-de-sac de cette glande.

OBSERVATION XXIII

PARMENTIER (*Ibidem*, p. 474).

M. Parmentier montre un kyste de la glande de Bartholin. Le kyste était gros comme une noisette, situé à la partie inférieure de la grande lèvre. Il a été enlevé. La petite glande se retrouve sur un des bords du kyste. Le contenu était séreux.

OBSERVATION XXIV

LAGRANGE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886).

Kyste glandulaire hématique de la grande lèvre.

M^me^ X..., 49 ans, d'une bonne santé habituelle, porte dans la grande lèvre gauche, à la partie supérieure, une tumeur dont le début remonte à vingt ans environ. Quand la malade s'en aperçut, cette tumeur avait à peu près le volume d'une noisette. Nullement douloureuse, elle resta longtemps stationnaire ; cependant, au moment des règles, elle grossissait et se tuméfiait.

A 47 ans, la menstruation cessa et, brusquement, la tumeur prit un développement très rapide. La peau, distendue, devint noirâtre à son niveau ; quatre ou cinq mois suffirent pour que, du volume d'une noisette, elle passât à celui d'une petite orange.

Dans le courant de l'année 1885, M^me^ X... remarque que le volume de cette production morbide s'accroît dans d'assez grandes proportions. Le 22 août 1885, l'examinant pour la première fois avec mon excellent confrère et ami, le docteur Mengarduque, je constate la présence d'une collection très fluctuante, contenant un liquide opaque, dont la couleur noire est, en quelque sorte, apparente à travers les parois de la poche amincie.

Cette poche est située dans le tiers supérieur de la grande lèvre gauche et soulève le sillon qui sépare celle-ci de la petite lèvre corres-

pondante. La peau glisse sur elle très facilement et la palpation attentive révèle, au-dessous, la présence d'une tunique fibreuse, assez épaisse.

Le siège de cette tumeur me fait songer à une collection enkystée du canal de Nück et c'est le diagnostic auquel je m'arrête.

Le 29 août, j'extirpe le kyste sans l'ouvrir ; la malade guérit rapidement et définitivement.

L'examen histologique du contenu et du contenant a été fait au laboratoire de M. le professeur Coyne.

Le liquide qui s'écoule de la poche immédiatement après l'opération est sirupeux, filant comme de l'huile et d'une couleur noire très foncée. Traité par l'éther, il se dissout très notablement ainsi que par l'essence de térébenthine. Au microscope, on y distingue de nombreux globules sanguins.

Pour pratiquer l'examen histologique, on détache un morceau de la paroi kystique au niveau du mamelon cutané saillant. Les coupes comprennent donc, avec la paroi du kyste, l'épaisseur de la peau. On y distingue les diverses couches de celle-ci et, immédiatement appliquée contre elle, la paroi kystique fibreuse, épaisse de 1 millimètre environ. Le tissu cellulaire qui sépare la peau de la paroi fibreuse est très peu abondant ; il est divisé en plusieurs lamelles, si bien que les préparations présentent un aspect feuilleté dans le sens longitudinal. Il n'y a pas de vaisseaux dans la paroi du kyste ; on n'y voit que quelques conduits vasculaires d'un petit calibre. Pas de fibres musculaires lisses.

L'épithélium présente une seule couche de cellules cylindriques, presque toutes conformes au type glandulaire normal ; aucune de ces cellulles ne présente de cils vibratiles.

OBSERVATION XXV

Höning de Bonn (*Mon. Schr. f. Geburtsk*, 1869).

La malade, à l'âge de 15 ans, eut des accidents au moment de ses menstrues pour une imperforation de l'hymen. Après qu'on l'eût opérée,

elle fut réglée régulièrement. A 23 ans, pertes blanches, pertes sanguinolentes.

A 34 ans, on remarqua qu'il sortait du vagin une tumeur qui s'accroissait en provoquant de la douleur au moment des menstrues.

On la prit pour un prolapsus de l'utérus et du vagin. Deux ans plus tard, la tumeur, située du côté gauche, envahit la grande lèvre gauche; en haut, elle remontait jusqu'au milieu du vagin, de telle sorte qu'on pouvait à peine passer le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale droite. Plus grosse qu'un œuf d'oie, élastique, légèrement rougeâtre.

Après avoir enlevé un morceau de la paroi (après chloroformisation), il s'écoula en grande abondance une masse graisseuse grisâtre. Malgré des injections quotidiennes, la sécrétion devint purulente. La tuméfaction commence à diminuer et la malade en fut débarrassée au bout du quatrième jour. Un mois et demi après, la partie supérieure avait disparu. La sécrétion n'était pas tarie.

OBSERVATION XXVI

Empruntée au journal de M. Chéron (*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 15 décembre 1879).

Dilatation du conduit de la glande vulvo-vaginale transformée en kyste hématique.

Mme Jeanne S..., âgée de 50 ans, se présente à notre clinique atteinte d'une dilatation du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale transformée en kyste.

Cette malade a eu 5 enfants, elle a toujours été mal réglée; mais depuis plus de quinze ans, elle est sujette à des poussées congestives de nature hémorrhagique qui amènent de temps en temps des pertes de sang peu abondantes, mais souvent répétées.

A la suite de ses premiers accouchements, elle a vu apparaître, sur les deux membres inférieurs et sur les organes génitaux externes, de nombreuses varices.

Aujourd'hui elle vient se présenter à la consultation, parce que, dit-

elle, il lui est survenu aux parties extérieures une petite grosseur, qui non seulement la gêne depuis trois mois, mais rend plus fréquentes et plus douloureuses les poussées congestives dont elle souffre depuis si longtemps. Le toucher fait reconnaître le volume énorme du col de l'utérus, l'empâtement des culs-de-sac et les dilatations variqueuses que l'on retrouve surtout très développées dans le cul-de-sac latéral gauche.

Au speculum, le col se présente gros et large, d'une couleur rouge violacée, l'orifice largement ouvert.

A la base de la grande lèvre gauche existe une tumeur ronde, de la grosseur d'un œuf de poule et se portant vers l'orifice vulvaire; la consistance de cette tumeur est celle que donne une poche fermée de tous côtés et fortement distendue par un liquide.

C'est en vain que nous essayons de faire sortir le liquide par l'orifice de la glande et que nous tentons d'introduire un stylet mousse dans le conduit.

D'ailleurs cette petite tumeur n'est point douloureuse au toucher, elle est bien limitée et il n'existe aucune inflammation ni même aucun empâtement du tissu cellulaire de la grande lèvre. La malade désirant être débarrassée promptement de cette petite infirmité qui la gêne pour l'exercice de sa profession (cette malade est blanchisseuse), nous avons recours séance tenante à la division du kyste de haut en bas à l'aide de la ligature élastique.

Au moment où le trocart est retiré, il s'écoule une sorte de bouillie noirâtre qui n'est autre que du sang altéré épanché depuis longtemps dans cette cavité naturelle fortement dilatée. Nous avons donc affaire ici à un véritable kyste hématique, comme nous l'avions supposé avant d'en faire l'ouverture.

La malade, que nous n'avons pas jugé à propos d'endormir, ne se plaint pas d'avoir souffert, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, car le passage d'un trocart filiforme à travers cette tumeur fortement étreinte entre les doigts de l'opérateur ne produit qu'une douleur tout à fait insignifiante.

La malade, après s'être reposée quelques instants à la clinique, regagne son domicile sans difficulté.

Nous lui recommandons de répéter deux fois par jour les lotions avec la solution aqueuse d'acide picrique et de tenir sans cesse un plumasseau de charpie imbibée de cette solution sur les orifices que nous venons de pratiquer.

Deux jours après, le kyste est complètement vide, la section est largement commencée et les bords de la partie sectionnée adhèrent déjà à la face profonde du kyste. Au huitième jour, la section est complète, il a été nécessaire de resserrer le fil élastique deux jours auparavant pour la terminer.

A la chute de la ligature, l'orifice présente une longueur de quinze millimètres à peu près et ce n'est qu'en dehors, sous la lèvre externe, qu'on peut passer le stylet mousse sur un point du bord de la section qui n'adhère pas encore au fond du kyste.

La plaie est stimulée avec la solution alcoolique d'acide picrique et, dix jours plus tard, la réparation est complète. Il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire, un peu plus déprimée que les tissus adjacents, parce qu'elle adhère au tissu profond qui représente la paroi extérieure du kyste.

OBSERVATION XXVII

Kyste muqueux du conduit.

M^me^ P..., 24 ans, arrive à la clinique de M. Chéron, le 31 janvier.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement, elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Elle jouit d'une très bonne santé.

Atteinte depuis deux ans d'un kyste de la glande de Bartholin, elle a été opérée il y a un an, par un des médecins de Saint-Lazare, qui fit une incision avec le bistouri. Six semaines après le kyste avait reparu.

Aujourd'hui on aperçoit, à l'entrée de la vulve, une tumeur de la grosseur d'une noix, qui fait saillie sur la face interne de la grande lèvre droite.

La peau est mobile sur la tumeur, qui est manifestement fluctuante. On ne provoque pas de douleur par la pression.

L'opération est pratiquée le 31 janvier. Lorsque le trocart est retiré, un liquide limpide filant et visqueux s'écoule lentement. On facilite sa sortie en exerçant une légère pression. Le fil ayant été placé comme nous l'avons indiqué, la malade se retire.

On lui ordonne le pansement à l'acide picrique au centième et des lotions au salicylate de soude (solution au dixième).

Elle revient le 9 février, le fil était tombé depuis deux jours. Il existait une petite plaie qui avait un peu plus d'un centimètre de long et dont l'état était très satisfaisant.

Le 21 février, la malade était entièrement guérie. On sentait la cicatrice adhérente aux tissus sous-jacents.

OBSERVATION XXVIII

Kyste purulent du conduit.

Félicie C..., âgée de 31 ans, marchande des quatre saisons, se présente à la cliniqne de M. Chéron, le 20 juin.

Elle a eu un enfant à l'âge de 23 ans, pas de fausses couches. Les règles sont ordinairement abondantes.

La santé est à peu près bonne; l'appétit irrégulier; la malade avoue d'ailleurs qu'elle use largement de diverses boissons alcooliques.

Elle s'aperçut, il y a quatre ou cinq ans, qu'une grosseur lui venait aux parties. Elle laissa plus d'un an s'écouler avant de se décider à voir un médecin. On lui fit une ponction qui amena un liquide trouble, dit-elle, puis une injection avec un liquide très coloré, ce qui lui causa quelque douleur. Moins de quinze jours après, la tumeur avait repris le volume qu'elle avait avant l'opération; depuis elle n'avait fait qu'augmenter. Enfin, dans ces derniers mois, une douleur peu vive, il est vrai, mais pourtant réelle, est venue s'ajouter, principalement au moment des règles, à la gêne qu'avait toujours ressentie la malade.

On procède à l'examen et on trouve placée à la partie inférieure de la grande lèvre gauche une petite tumeur indolente, dure, rénitente,

qui roule sous la peau et donne la sensation d'un corps sphérique maintenu par un pédicule.

Cette tumeur, étant donné sa situation et son mode de développement, est considérée par M. Chéron comme un kyste muqueux du conduit de la glande de Bartholin, contenant probablement une certaine quantité de pus, à la suite des poussées inflammatoires qu'il paraît avoir subies.

L'opération justifia le diagnostic.

Le traitement fut celui que nous avons décrit ; trois semaines après, toute trace de l'affection avait disparu, sauf une cicatrice longue de trois centimètres qui adhérait aux parties profondes.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs liquides de la grande lèvre peuvent être divisées, au point de vue pathogénique, en :

Kystes séreux ;

Kystes par rétention ;

Kystes par inclusion ;

Collections hématiques.

2° Le diagnostic de la variété est souvent fort difficile et ne pourra parfois être établi que par l'examen histologique de la paroi et l'analyse chimique du liquide contenu dans la poche.

3° Ces tumeurs surviennent particulièrement pendant la période d'activité génitale de la femme.

4° Le pronostic des tumeurs liquides de la grande lèvre est presque toujours bénin.

5° Le traitement de choix consiste en l'extirpation à l'aide du bistouri.

Vu : *Pour le Doyen,*
L'Assesseur,
JOLYET.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 28 janvier 1895.
Le Président de la thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 janvier 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aubenas. — Th. Strasbourg, 1860.

de Darvieu. — Th. Montpellier, 1867.

Humbert. — Th. Paris, 1851.

Anger. — Soc. de chir., Paris, 1878.

Artaud. — *Annales cliniques de Montpellier*, 1857-1858, 121-241.

Bergmann. — Hydrops labiorum pudendorum. *San. Ber. d. Med. coll. zu Posen*, 1832.

Black. — Encysted tumor of the labium externum, *Dublin q. J. M. Sc.* 1852.

Boucart. — Loupe de la vulve. *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1868, p. 8.

Bourgarel. — Loupe de la vulve. *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1840.

Boys de Loury. — Observations sur les kystes et abcès des grandes lèvres. *Rev. méd. française et étrangère*, Paris, 1863.

» *Ann. de méd. belge*, 1841.

Brown. — Encysted tumor of the labium. *Lancet*, 1862, p. 121.

» Cystic tumor of labium. *Med. Times*, London, 1849, p. 217.

Chéron. — Ablation des tumeurs de la vulve par forcipressure.

Chunn. — A case of traumatic hematocele of the vulva in a virgin. *Am. J. Obstr.* New-York., 1883, p. 839.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, 1825.

Mayolin. — Dictionnaire de médecine : article *kystes*.

Regnoli. — Hydrocèle de la femme. *Archives gén.*, 2e série, 1834.

Bends. — *Smiths jahrbücher*, t. LXXX.

Velpeau. — Article *hydrocèle* (in Dict. en 30 vol.). De la contusion dans tous les organes, thèse de Paris, 1833.

Huguier. — Maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme (in Mém. de l'Acad. de méd., 1850, t. XV). Des maladies de la glande vulvo-vaginale (in *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1852).

Brochon. — Thèse de Paris, 1859.

Morpain. — Thèse de Paris, 1852.

Guérin (Alph.). — Maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1864.

Leblond. — Chirurgie gynécologique.

Emmet. — Pratique des maladies des femmes, 1887.

de Sinéty. — Histologie de la glande vulvo-vaginale (Société de Biologie, 1880).

Lozé. — Kyste de la glande vulvo-vaginale guéri par injection de chlorure de zinc (Société de chirurgie, 1876).

Raberé. — Thèse de Paris, 1883.

Gornard-Chantreau. — Thèse de Paris, 1880.

Reboul. — Tumeur kystique de la grande lèvre (*Bull. Soc. anat.*, 1888).

Bonnet. — Kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales (*Gaz. des hôpitaux*, 16 juin 1888).

Dubar. — Des tumeurs liquides des grandes lèvres (Thèse de Lille, 1888).

Hintersteisser. — Hydrocèle enkystée chez la femme (*Wien. klin. Woch.*, 12, 1888).

Michelot. — Canal de Nück et hydrocèle congénitale (*Union médicale*, 2 oct. 1890).

Conant. — Kystes des lèvres. *Boston medic. J.*, 4 juin 1891.

Cottingham. — On a case of encysted tumor of the labium successfully treated by seton. *Lancet*, 1850, 16.

Downe. — Tumor of the labium. *Med. Times*. London, 1849-157.

Duncan. — Clinical lectures on tumours and cysts of the vagina and pudenda. *Med. Times*. London, 1880.

Fischer. — Zwei Fälle von Cysten bildung innerhalb der Lefzen der weiblichen Schaum. *Med zeit. Berl.*, 1853.

Fournaise. — Kyste du vestibule de la vulve (Soc. anatom., Paris, 1876. *Progrès médical*, 1876, p. 783).

Graham. — Removal of an encysted tumor from between the labia. *Nashville J. M. and S.*, 1858, p. 117.

Henneng. — Heilung eines serösen Balges in der Schamlefze durch die Drahtschnurschlinge. *Zeits. f. med. chir. med. geburts.* Leipzig, 1866 (517-525).

Hillman. — Encysted tumour of the labium, removal of the entire cyst (*Lancet*, 1862).

Hutchinson. — Cystic tumour of the left labium. *Indian M. Gaz.* Calcutta, 1869.

18,791. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.